

Faculté de Médecine de Paris

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le samedi 29 juillet 1893, à 1 heure

Par PIERRE DELORD

Né à Band (Morbihan), le 30 janvier 1867

DE LA BOURSE SÉREUSE

RÉTRO-OLÉCRANIENNE

SOUS-CUTANÉE ET DE SES MALADIES

Président : M. DEBOVE, professeur.

*Juges : MM. { BALLET, professeur.
 { GILBERT, POIRIER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1893

438

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le samedi 29 juillet 1893, à 1 heure

Par PIERRE DELORD

Né à Band (Morbihan), le 30 janvier 1867

DE LA BOURSE SÉREUSE

RÉTRO-OLÉCRANIENNE

SOUS-CUTANÉE ET DE SES MALADIES

Président : M. DEBOVE, professeur.

*Juges : MM. { BALLET, professeur.
 { GILBERT, POIRIER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHEL
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY
	DEBOVE
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TERRIER.
Pharmacologie.	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.	HAYEM.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
	G. SÉE.
	POTAIN.
Clinique médicale	JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
	TILLAUX.
Clinique chirurgicale	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRÉ	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNÉTRIÉR	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NÉLATON	SÉBILÉAU
BRISAUD	GLEY	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTERRER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AU DOCTEUR E. DELORD
MON PÈRE, MON PREMIER MAÎTRE
ET MON MEILLEUR AMI

A MA MÈRE

A MON ÉMINENT MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

Membre de l'Académie de médecine
Médecin de l'hôpital Andral
Chevalier de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

Qu'il nous soit permis de remercier publiquement M. le Dr Quénu, professeur agrégé et chirurgien de l'hôpital Cochin, d'avoir bien voulu nous engager à choisir ce sujet de thèse, de nous avoir permis de publier deux observations, recueillies par nous dans son service hospitalier, de la bienveillance extrême avec laquelle il a mis à notre disposition tous les moyens d'étude dont il dispose à son laboratoire, de l'Amphithéâtre des Hôpitaux, dont il est le directeur. Nous le prions de vouloir bien aussi agréer nos sentiments de profonde reconnaissance pour l'enseignement qu'il nous a prodigué pendant les trois années où nous avons eu l'honneur d'être son élève.

Nous remercions de même M. le professeur agrégé Letulle, M. le Dr Félizet, M. Bertillon, l'éminent chef du service anthropométrique du Palais de Justice, M. le professeur agrégé Campenon, et tous ceux qui ont bien voulu nous faciliter la tâche que nous nous étions imposée.

Notre plus vive reconnaissance est acquise à M. le professeur Debove, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552025_0047

DE LA BOURSE SÉREUSE

RÉTRO-OLÉCRANIENNE

Sous-cutanée et de ses maladies

I. — HISTORIQUE.

L'existence de bourses séreuses sous-cutanées ne nous paraît pas avoir été signalée avant l'année 1782.

Après de nombreuses recherches bibliographiques, nous croyons pouvoir établir que Pierre Camper, le premier, mentionna, et encore incidemment, la présence d'une bourse séreuse au niveau de la face postérieure de l'olécrâne, et la localisa dans le tissu cellulaire sous-cutané. Mais il n'en traça aucune description (1).

Benjamin Bell, en 1787, donne la définition des bourses

1. P. Camper. *Dissertatio medica, de hydrope variorum indole, causis et medicina, seu solutio problematis ex sententia. Cl. Menureti de Montélimart. A regia societate medica Galliae, ad 29 august 1780, propositi* (in mem. et hist. Société royale de médecine, 1784, p. 46 et suiv.).

muqueuses, la situation des principales, mais, n'insiste pas sur chacune d'elle (1).

La découverte de Camper passa, sans doute, inaperçue aux yeux d'*Alex. Monro*, car, dans un remarquable travail sur les bourses muqueuses il ne s'occupe pas de la bourse séreuse rétro-olécrânienne sous-cutanée.

En revanche, il décrit une bourse séreuse située également derrière l'olécrâne, mais entre le tendon du triceps et l'os (2).

Herwig (3) (1795), ne parle qu'accidentellement de la bourse séreuse rétro-olécrânienne.

Rosenmuller (4) (1799), réédite en allemand et en latin le travail de Monro, et y ajoute quelques résultats de ses recherches personnelles. Il décrit aussi une bourse séreuse rétro-olécrânienne, mais non pas la bourse séreuse sous-cutanée.

Mais, dès 1821, Béclard (5) rappelle l'existence de cette bourse. Velpeau (6) (1825), Villarmé, surtout Schre-

1. B. Bell. *A syst. of. surgery*. T. V, sect. III, parag. 3, p. 479 et suiv.

2. Alex-Monro. *A descript. off all. the Bursæmucosæ of the human body*. Edimbourg, 1888.

3. Herwig. *De morbis mucosarum bursarum*, 1795. *In collect. diss. Gottingue*. T. II, pars. III, p. 11.

4. Rosenmuller. *Alex. Monroi icones et descript. Bursarum mucosarum corporis humani*. Leipzig, 1799, p. 38-39. Vid. Tab. VI, fig. 1, H.

5. Béclard. *Dict. sc. méd.* T. III, p. 488, et additions à l'anat. génér. de Bichat.

6. Velpeau. *Anat. chir.* Paris, 1825, vol. 1, 380-381.

ger (1) (1825), Blandin (2) (1826), et à nouveau Béclard (3) (1828), O. A. Wilhelm (1830) (4), apportent leur contribution à l'étude la bourse séreuse rétro-olécrânienne sous-cutanée.

Ollivier (5) (1833), dans un article sur les bourses muqueuses, Dupuytren (6) (1834), dans ses leçons orales de clinique, en disent quelques mots.

Pradiou (7), en 1839, décrit en passant la bourse séreuse rétro-olécrânienne sous-cutanée, Bielkiewicz (8) l'année précédente (1838) donne un bon aperçu de l'état de la question en ce moment.

Jarjavay, Andral (9), s'en occupent également.

J. Pétrequin (10) (1842), chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, « déplore que, malgré les travaux de Brodie, Monro, Olivier, Lenoir, Velpeau, les bourses séreuses

1. Schreger. *De bursis mucosis sub cutaneis*. Erlang, 1825, in-fol. p. 33 et 48.

2. Blandin. *Anat. top.* Paris, 1826.

3. Béclard. *Anat. gén.* p. 98-100.

4. Vilhelm. *Lehrbuch der Pathologischen anatomy*. etc. Berlin, 1831, parag. 82, p. 96-97.

5. Ollivier. *Dict. en 30 vol.* T. V, art. B. Muq., 1833.

6. Dupuytren. *Lec. orales clin.*, 1834.

7. Pradiou. Thèse Paris, 1839. *Des bourses muqueuses sous-cutanées*.

8. Bielkiewicz. *De bursis mucosis subcutaneis. In collectanea medico-chirurg.* Cæsareæ Academiæ medico-chirurgicæ Vîlnensis, 1838, in-4, p. 207.

9. Andral. *Précis d'anat. topogr.* T. I, p. 243-244.

10. Pétrequin. *Journal des connaissances médico-chirurgicales*. Juillet 1842, p. 10.

sous-cutanées soient si peu communes et si peu étudiées. »

Il fait ressortir toute l'importance pratique de la connaissance de la situation, de l'anatomie de ces bourses, au point de vue du diagnostic, du pronostic et de la thérapeutique.

En 1843, Velpeau fait paraître dans les *Annales de la chirurgie française*, ses magnifiques recherches sur les cavités closes et consacre plusieurs pages à la bourse séreuse rétro-olécranienne sous-cutanée.

Coulson (1) (1850), donne un bon article sur les bourses muqueuses, avec d'intéressantes remarques sur celle dont nous nous occupons ici.

On trouve également d'utiles renseignements sur cette petite cavité sous-cutanée, dans l'anatomie générale de Meckel (2), un article de Marc Sée (3) (*Dict. encyclop. sc. méd.*), l'anatomie de Luschka (4), l'anatomie de Quain (5).

En 1886, Gruber (6) écrit une monographie sur les « *Bursæ mucosæ cubitales* ».

En 1868, il fait paraître un travail d'ensemble sur les bourses du coude.

1. Coulson. *Subentaneous Tursæ mucosæ (anat. path.) in medical Times*. London, 1850, i, 581-583.

2. Meckel. *Anat. génér.* T. I, p. 461.

3. Marc Sée. *Dict. encyclop. sc. médic.*, art. *Bourses muqueuses*.

4. Luschka. *Anatom.*, p. 38.

5. Quain. *Anatomy*, II, p. 199, I, p. CCL.

6. Gruber (V.). *Bursæ mucosæ cubitales*, p. 12. Saint-Petersbourg, 1866, monographie. — Gruber (V.). *Oslizistikh sumkach loktya (Bourses du coude)*. *Voyenno medizinskii*, journal, Saint-Petersbourg, 1868, CIII, pt. 2, 13-17.

En 1869, Synnestevidt (1) (A. S. D.) publie une remarquable étude sur : « *La Description des Bourses muqueuses des extrémités supérieures et inférieures* », contenant un petit chapitre sur les bourses muqueuses cubitales postérieures, et principalement sur la « *Bursa mucosa subcutanea olecrani* ».

Enfin, récemment encore le *Bulletin de la Société anatomique et clinique de Lille* donnait une « *Contribution à l'étude de l'anatomie du coude* », due à P. Wintrebert, et comprenant des recherches consciencieuses sur les bourses séreuses de cette région, et entre autres sur la bourse séreuse rétro-olécrânienne sous-cutanée (2).

Ces différents auteurs donnent le résultat d'ensemble de leurs dissections, sans en rapporter une seule en particulier; sans expliquer la façon dont ils ont procédé à leurs recherches, sans donner la description des variétés de forme, de siège, de disposition, qu'affecte la bourse séreuse rétro-olécrânienne sous-cutanée, ni les différentes combinaisons qui peuvent se produire entre les nombreuses bourses séreuses sous-cutanées dont la présence est fréquente à la région postérieure du coude.

Nous donnons ici la relation de chacune des dissections accomplies par nous.

1. Synnestevidt. (A. S. D.). *En anatomisk beskrivelse af de paa over og under extremiteterne forekommende bursæ mucosæ*. Christiania, 1869. Gr. in-4, 88 p. et 4 pl.

2. Wintrebert (P.). *Bullet. Société anat. et clin. de Lille*, 1887. *Contrib. à l'anat. du coude*, p. 46-75.

Ces dissections ont porté sur vingt sujets, c'est-à-dire sur quarante coudes.

Nous en avons examiné un plus grand nombre ; mais, d'une part nous avons écarté les préparations dont l'exécution nous a semblé d'une exactitude douteuse ; de l'autre, la nature plutôt pathologique qu'anatomique de certaines pièces les a nécessairement classées dans d'autres chapitres de notre travail.

II. — RELATION DES DISSECTIONS PRATIQUÉES SUR 20 SUJETS ADULTES.

Nous avons employé différents procédés pour étudier l'anatomie de la bourse séreuse rétro-olécrânienne.

La manière la plus simple, la plus prompte, consiste à inciser la peau sur la partie la plus saillante de l'olécrâne, à couper d'un seul coup, et perpendiculairement à la surface, tous les tissus ; à pincer, attirer, écarter les deux lèvres de l'incision : la bourse séreuse béante laisse apercevoir ses parois anfractueuses.

Ce procédé le plus expéditif expose à faire prendre du tissu cellulaire lâche pour la bourse elle-même, plus ou moins cloisonnée, et, de plus, ne permet pas l'insuflation.

Il est préférable de disséquer, couche par couche, la peau, le fascia superficialis qui la double, en dédolsant, jusqu'à ce qu'on arrive sur la bourse, qu'on peut alors insufler, pour en mieux apprécier la surface et le contour : puis on l'ouvre.

Au lieu d'insufler la bourse, on peut y injecter une substance liquide, mais facilement solidifiable, cire, para-

phine, blanc de baleine, qu'on liquéfie par la chaleur et qu'on laisse refroidir une fois injectée.

On peut encore y couler du plâtre délayé dans l'eau. Celui-ci se moule admirablement dans la cavité et en prend tous les détails.

Enfin, on recourra avantageusement à la congélation du membre à étudier. Il acquiert ainsi la dureté du marbre et permet d'exécuter à la scie des coupes verticales, horizontales, obliques, qui ont la clarté des planches d'un atlas, avec l'exactitude en plus.

Nous avons appliqué ces divers procédés, contrôlant les uns au moyen des autres, et c'est le résultat de ces préparations que nous relatons ici.

N° 1. — *Homme adulte.*

Dissection et insufflation.

Coude droit. — Peau épaisse, peu extensible. Surface inégale, rugueuse, plissée en arcs de cercle au-dessus de l'olécrâne.

Incision cutanée horizontale à deux centimètres au-dessus du coude. Seconde incision parallèle à deux centimètres au-dessous du coude. Troisième incision, verticale, abaissée perpendiculairement du milieu de la première sur le milieu de la seconde.

Dissection de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané, dépourvu de graisse et du fascia superficialis.

Au-dessous du fascia superficialis deux bourses séreuses sous-cutanée : l'une rétro-olécrânienne, l'autre sus-olécrânienne.

A. — *Bourse séreuse sus-olécrânienne.* — Médiane, uniloculaire, distincte, nette, séparée de la bourse rétro-olécrânienne par une petite cloison de tissu cellulaire.

Lisse à l'intérieur.

Forme ovoïde, plus large à son extrémité inférieure qu'à son extrémité supérieure.

Grand diamètre vertical, sept millimètres, petit diamètre horizontal, cinq millimètres.

Situation. — Placée au-dessous du fascia superficialis, transparent, lamelleux, difficile à distinguer du tissu cellulaire. Elle repose sur l'aponévrose qui recouvre le tendon du triceps.

Limite supérieure. — 8 millimètres au-dessus de l'insertion du triceps.

Limite inférieure. — Ce point d'insertion lui-même.

B. — *Bourse rétro-olécrânienne.* — Médiane, uniloculaire, distincte, nette, séparée de la précédente par une mince cloison mentionnée plus haut. Sa paroi profonde (la bourse une fois incisée), présente le dessin d'un grillage, par suite de travées fibreuses qui se coupent presque à angle droit ; sa paroi superficielle est lisse et moins épaisse.

Situation. — Au-dessous du fascia superficialis assez épais et opaque ; au-dessus de l'olécrâne, dont elle semble séparée seulement par le périoste car, malgré une dissection attentive, il est impossible de distinguer, entre la bourse séreuse et l'os, trace de l'aponévrose d'enveloppe, qui s'est amincie progressivement et considérablement, à mesure qu'elle s'approchait de la bourse séreuse, au point de ne plus se rencontrer sur la saillie médiane de l'olécrâne.

Forme ovoïde, plus large à l'extrémité supérieure qu'à l'extrémité inférieure. Grand diamètre vertical, 2 centimètres, petit diamètre horizontal, 1 centimètre $1/2$.

Elle ne recouvre pas complètement la face postérieure de l'olécrâne.

Limite supérieure : insertion du triceps sur l'olécrâne.

Au-dessous de la bourse sous-olécrânienne tissu lacuneux, lâche,

renfermant de petites cavités, logeant à peine une tête d'épingle.

Coude gauche. — Résultats identiques, sauf que la bourse sus-olécrânienne n'existe pas et que la bourse rétro-olécrânienne est triloculaire.

N° 2. — *Homme adulte.*

Dissection et insufflation.

Coude droit. — Bourse séreuse sus-olécrânienne identique à celle du coude droit du sujet précédent, mais communiquant avec la bourse séreuse rétro-olécrânienne par une étroite ouverture donnant à peine passage à un fin stylet ou à une aiguille à tri-coter.

La bourse séreuse rétro-olécrânienne, médiane, uniloculaire, distincte, séparée de la précédente par une mince cloison, presque transparente, percée d'un trou, a des parois épaisses formées par le tissu cellulaire ambiant très condensé.

La bourse incisée contient peu de liquide incolore, filant. Sa paroi supérieure est rattachée à l'inférieure par de petites colonnes fibreuses, ressemblant un peu (sauf la couleur qui est blanc nâcré) aux colonnes charnues du cœur.

La paroi profonde est plus épaisse que la superficielle.

Situation. — Entre le fascia superficialis, épais, opaque, et l'olécrâne, dont elle n'est séparée que par le périoste.

Pas de vestige apparent d'aponévrose entre elle et le périoste.

Forme. — Généralement ovoïde ; mais le pourtour est irrégulier ; il s'avance en pointe vers le côté interne du coude (gouttière épitrochléenne), en sorte que le diamètre horizontal de la bourse pris en ce point est sensiblement égal au diamètre vertical, c'est-à-dire 2 centimètres.

La bourse séreuse recouvre à peu près toute la face postérieure de l'olécrâne, la déborde légèrement en dedans, et ne la revêt pas complètement en dehors ; elle s'étend, en longueur, de l'insertion du triceps, au point où commence la crête du cubitus.

En ce point se trouve un tissu cellulaire, lâche, aréolaire, lacuneux.

Coude gauche. — Résultats identiques, sauf absence de bourse séreuse sus-olécrânienne.

De plus la bourse séreuse rétro-olécrânienne est biloculaire, et ne déborde pas l'olécrâne en dedans.

N° 3. — *Sujet masculin, âgé.*

Dissection et insffluatation.

Coude droit. — La bourse séreuse rétro-olécrânienne, distincte, nette, n'est pas absolument médiane, mais se porte légèrement en dedans.

Parois épaisses, formées par le tissu cellulaire ambiant très condensé.

La bourse séreuse est divisée obliquement de haut en bas, et de gauche à droite, en deux parties, sensiblement égales, par une cloison mince.

La paroi profonde recouverte de travées rappelle les alvéoles d'un gâteau de cire d'une ruche d'abeilles. La bourse séreuse renferme peu de liquide filant, incolore.

Situation. — Entre le fascia superficialis, et des vestiges de l'aponévrose, recouvrant le périoste olécrânien.

Cette aponévrose est mince, transparente, difficilement séparable, et dans plusieurs points ne se différencie en rien du tissu cellulaire.

Forme. — Ovale. Grand diamètre vertical : 3 centimètres.

Petit diamètre, horizontal : 2 centimètres. La bourse séreuse recouvre en largeur toute la surface postérieure de l'olécrâne. En longueur, elle se prolonge en bas, en se rétrécissant progressivement, jusqu'à la crête du cubitus ; en haut, elle recouvre l'insertion tricipitale et se prolonge sur une étendue de près d'un centimètre à la surface du tendon du triceps, remplaçant ainsi la bourse séreuse sus-olécraniennne, qui s'est confondue avec elle par disparition de la cloison qui la sépare parfois.

Coude gauche. — Résultats identiques.

Les diamètres de la bourse sont un peu moins considérables, cependant une petite plaque calcaire de 2 ou 3 millimètres de diamètre se trouve incrustée sur la paroi profonde.

N° 4. — *Femme adulte.*

Dissection et insufflation.

Coude droit. — La bourse séreuse rétro-olécraniennne, médiane, distincte, est composée de deux bourses identiques, superposées ; ou plutôt, c'est une bourse divisée en deux loges, complètement séparées par une cloison ; une des loges superficielles est contiguë au fascia superficialis ; l'autre profonde, repose sur le périoste olécranienn, car l'aponévrose n'existe pas au niveau de l'olécrâne. Les parois ne sont pas très épaisses ; la loge profonde contient quelques trabécules fins ; la loge superficielle est lisse.

Pas de liquide.

Forme. — A peu près celle d'un triangle, dont les angles seraient arrondis, dont le sommet atteindrait presque la crête du cubitus, et dont la base répondrait à l'insertion du triceps. Cette insertion est recouverte par suite de la courbure qu'affecte la ligne formant la base du triangle.

Longueur de la ligne abaissée du sommet au milieu de la base : un centimètre 6 millimètres.

Longueur de la base : un centimètre quatre millimètres.

Il n'existe pas de bourse séreuse sus-olécrânienne ; à la place un tissu cellulaire lâche et lacuneux.

Au niveau du point, où commence la crête du cubitus, se trouve un tissu cellulaire, aréolaire, très lâche, dépourvu de graisse, dans lequel on distingue de petites lacunes, rudiments d'une bourse séreuse en voie de formation.

Coude gauche. — Résultats identiques, sauf que la bourse séreuse n'est plus triangulaire, mais ovoïde, et triloculaire au lieu d'être biloculaire.

N° 5. — *Femme adulte.*

Dissection et insufflation.

Coude droit. — La bourse séreuse rétro-olécrânienne sous-cutanée, médiane distincte, est divisée en trois loges par de minces cloisons non perforées. De ces loges, deux latérales sont de dimensions presque égales, la médiane est plus petite. Les parois de la loge interne sont les plus épaisses. Ces trois loges reposent chacune par une de leur face sur l'aponévrose qui recouvre l'olécrâne.

Cette aponévrose n'est guère constituée que par une mince lamelle, se rapprochant beaucoup du tissu cellulaire, du moins par endroits, mais il peut être séparé du périoste d'une part et de la paroi profonde de la bourse de l'autre.

Forme. — Ovoïde dans son ensemble ; les loges latérales sont semi-lunaires, convexes par leur paroi latérale, planes par la paroi qui limite la loge médiane. Elles sont insufflées séparément.

La bourse séreuse, plus large à la partie supérieure, va en s'amincissant vers la partie inférieure.

Grand diamètre, vertical : 2 centimètres.

Petit diamètre, horizontal : 1 cent. 1/2.

La bourse ne recouvre pas l'insertion du triceps, en haut ; en bas, elle n'atteint pas le point où commence la crête du cubitus.

Son contour n'est pas très régulier.

Il n'existe pas de bourse séreuse sus-olécrânienne ; mais, au niveau de l'insertion du triceps, et un peu au-dessus, se trouve un tissu cellulaire très lâche, dépourvu de graisse, et, contenant des lacunes très petites.

Également, au-dessous de la bourse séreuse, au niveau du point où commence la crête du cubitus, on aperçoit un tissu cellulaire, très large, où l'on distingue un certain nombre de très petites lacunes, rudiment d'une bourse séreuse en formation.

Coude gauche. -- Résultats analogues : cependant, au lieu d'être triloculaire, la bourse séreuse est formée de cinq loges, communiquant entre elles, pour la plupart. L'ensemble de ces grandes lacunes est plutôt arrondi qu'ovoïde.

N° 6. — *Jeune fille.*

Coude droit. — Pas de bourse séreuse sus-olécrânienne ; elle est remplacée par du tissu cellulaire lâche, privé de graisse, comprenant de petites lacunes. Ce tissu recouvre la partie inférieure du tendon du triceps et son insertion olécrânienne.

La bourse séreuse rétro-olécrânienne, à peu près arrondie, est médiane, distincte, à contours un peu irréguliers, biloculaire, à parois assez épaisses, surtout la paroi profonde, qui adhère au périoste ; pas de trace d'aponévrose entre le périoste et la bourse, qui est recouverte par le fascia superficialis épaissi.

Incisée, la bourse présente à sa face profonde, quelques franges dendritiques, analogues à celles des synoviales des genoux, baignant dans un liquide incolore, rare et gluant.

Grand diamètre vertic. : 1 cent. $1/2$.

Petit diamètre horiz. : 1 cent. $1/4$.

Au-dessous de la bourse séreuse, au niveau du point où commence la crête du cubitus, point assez saillant chez ce sujet, se trouve un tissu cellulaire lâche, privé de graisse, dans lequel se trouve une lacune plus vaste que les minuscules aréoles voisines :

Grand diam. vertic. : 1 centimètre.

Petit diam. horiz. : 0 cent. 6 mill.

Le tissu lâche, aréolaire, se continue, privé de graisse, et lacuneuse, le long de la crête du cubitus, jusque vers le milieu de cet os.

Coude gauche. — Résultats identiques. Sur la paroi profonde de la bourse séreuse des petits vaisseaux sanguins logés dans les replis de la cloison et dans les prolongements dendritiques.

N° 7. — *Sujet masculin, âgé.*

Coude droit. — La peau épaisse, peu extensible, à surface inégale, rugueuse, plissée en arcs de cercle, au dessus de l'olécrâne, elle contient des follicules sébacés, et présente des poils, sauf sur la saillie médiane, qui est glabre.

La bourse séreuse rétro-olécrânienne est médiane, uniloculaire, nette, distincte, séparée d'une bourse séreuse sus-olécrânienne par une mince cloison de tissu cellulaire. La bourse une fois incisée, offre une paroi profonde comme réticulée; les filaments fibreux constituant le réseau affectent diverses directions, et sont de grosseur et de longueur variées.

Au pourtour interne, quelques franges dentritiques rosées; peu de liquide. La bourse séreuse repose sur le périoste; la paroi profonde est épaisse et adhérente.

Le contour de la bourse est légèrement irrégulier.

Forme. — Oblongue. La bourse séreuse ne recouvre pas toute la largeur de la face postérieure de l'olécrâne; en revanche elle descend jusqu'au-dessous du point où commence la crête du cubitus. Elle ne remonte pas au-dessus de l'insertion du triceps.

Longueur : 3 centimètres.

Largeur : 1 cent. 8 millimètres.

Elle descend jusqu'au point où se trouve d'habitude un tissu cellulaire lâche et lacuneux, et où l'on voit parfois une petite bourse sous-olécrânienne.

La bourse séreuse sus-olécrânienne existe, oblongue, reposant sur l'aponévrose qui recouvre le tendon du triceps. Longueur 1 cent. $\frac{1}{2}$. Largeur 1 centimètre.

Lisse à l'intérieur. Une petite colonne fibreuse relie la face profonde à la superficielle, obliquement.

Coude gauche. — Résultats identiques, sauf qu'il n'existe pas de bourse séreuse sus-olécrânienne. Mais la bourse rétro-olécrânienne recouvre l'insertion du triceps.

N° 8. — Jeune femme.

Dissection et insufflation.

Coude droit. — La bourse séreuse rétro-olécrânienne est médiane, uniloculaire, nette, à contour irrégulier, forme arrondie.

Diamètres sensiblement égaux : 1 cent. $\frac{1}{2}$.

Elle occupe exactement la pointe de l'olécrâne, recouvre l'insertion du triceps, et presque toute la largeur de la face postérieure de l'olécrâne.

Au-dessus et au-dessous de la bourse séreuse du tissu cellulaire, lâche, lacuneux, mais pas de bourse distincte.

Intérieur lisse, pas de liquide. A la face profonde quelques points sont incrustés de cellules cartilagineuses. La bourse

séreuse est recouverte par le fascia superficialis, qui présente des stries blanchâtres, nacréées, lesquelles vont en s'irradiant du centre de la bourse séreuse vers la périphérie, et se dirigent vers les condyles huméraux.

Le fascia superficialis est relativement difficile à isoler des téguments d'une part, du tissu de la bourse de l'autre.

Coude gauche. — Il n'existe pas de ce côté de véritable bourse séreuse rétro-olécrânienne, c'est-à-dire qu'à sa place on trouve quatre ou cinq grandes lacunes, les unes communiquant entre elles, les autres ne communiquant pas, embrassant par leur réunion la même étendue que la bourse séreuse rétro-olécrânienne du côté droit.

N° 9. — *Homme adulte.*

Dissection et insufflation.

Coude droit. — La bourse séreuse rétro-olécrânienne, médiane, nette, distincte, contour un peu irrégulier, biloculaire, ovoïde, plus large à sa partie supérieure, va en s'amincissant progressivement par en bas vers le sommet de la crête du cubitus.

Largeur. — 2 centim. 1/2.

Longueur. — 2 centimètres.

Recouvre l'insertion du triceps sur l'olécrâne, et quelques millimètres du tendon du triceps lui-même.

Pas de bourse séreuse sus-olécrânienne ni sous-olécrânienne.

La bourse séreuse est divisée par une cloison cellulaire en deux parties très inégales. Quelques travées fibreuses rejoignent la paroi profonde à la paroi superficielle. Très peu de liquide.

La paroi profonde repose sur le périoste, car, malgré une dissection attentive on ne trouve pas de vestige d'aponévrose.

Deux petites veinules traversent la cavité; elles se rendent aux veines sous-cutanées.

Quelques fins vaisseaux sanguins se distribuent aussi à la surface externe de la bourse séreuse.

Coude gauche. — La bourse séreuse est moins volumineuse.

Longueur. — 2 centimètres.

Largeur. — 1 cent. 1/2.

Elle ne recouvre pas l'insertion tricipitale.

Elle est triloculaire; fissée à l'intérieur.

N. 10. — *Vieillard, sexe masculin.*

Dissection et insufflation.

Coude droit. — Peau du coude, brune, rugueuse, épaisse, peu élastique, plissée en arc de cercle; cicatrice blanche, allongée, due à une section ancienne, nette des téguments.

La peau est difficile à disséquer au niveau de la cicatrice, qui bien que peu saillante, constitue une sorte de bride, dont les prolongements fibreux viennent se perdre sur la paroi superficielle de la bourse séreuse rétro-olécrânienne.

Cependant, malgré la cicatrice la peau est mobile sur l'os, grâce à la bourse séreuse rétro-olécrânienne, dont la paroi superficielle glisse facilement sur la paroi profonde. Mais la bride cicatricielle comprime la bourse séreuse en sa partie médiane, de façon à la séparer incomplètement, il est vrai, en deux compartiments.

Il est facile de concevoir, en examinant cette pièce, que si un épanchement se produisait dans la bourse séreuse on pourrait croire à une tumeur bilobée. C'est ce que nous produisons artificiellement par l'insufflation.

La bourse séreuse rétro-olécrânienne est médiane, nette, à

contour irrégulier, uniloculaire, ovoïde, plus large en haut, se terminant en pointe vers le point où naît la crête cubitale.

Longueur : 3 centimètres.

Largeur : 2 cent. 1/2.

Elle recouvre toute la face postérieure de l'olécrâne, qu'elle déborde de tous côtés, surtout vers l'épitrachée.

Pas de bourse séreuse sus ou sous-olécrânienne.

A l'intérieur les parois, surtout la profonde, sont constituées par de minces travées s'entrecroisant et limitant de petites cavités, dont l'aspect rappelle les valvules sigmoïdes. Au fond de quelques-unes de ces cavités de petites granulations calcaires ; la pointe du scalpel ne les enlève qu'en arrachant une portion de la paroi, à laquelle elles adhèrent. En disséquant cette paroi, on trouve, au-dessous l'aponévrose très mince, qui se détache difficilement du périoste.

Pas de liquide.

Coude gauche. — La bourse séreuse rétro-olécrânienne, n'étant pas, de ce côté, comprimée par une bride cicatricielle, n'apparaît pas bilobée, après insuflation elle est ovoïde et également uniloculaire. Elle ne déborde pas vers l'épitrachée.

A part cela, elle est semblable à la précédente ; travées fibreuses, granulations calcaires, etc.

N° 11. — *Homme adulte.*

Injection à la cire.

Coude droit. — La bourse séreuse rétro-oléocrânienne, du volume de la moitié d'une noix ; *longueur* : 2 cent. 1/2 ; *largeur* : 2 centimètres.

Recouverte par le fascia superficialis, épais, opaque, offrant des fibres blanches, rayonnant du centre de la bourse séreuse vers la circonférence.

La bourse séreuse repose sur l'aponévrose qui recouvre le tendon du triceps et l'olécrâne.

Cette aponévrose, assez épaisse encore sur le tendon du triceps, s'est amincie au niveau de l'olécrâne, au point d'être difficilement perceptible.

On peut cependant l'isoler du périoste.

La tumeur est ovoïde, plus convexe du côté de l'épitrachée que du côté de l'épicondyle. Elle recouvre toute la face postérieure de l'olécrâne, l'insertion du triceps et quelques millimètres de la partie inférieure du tendon du triceps.

Pas de lacune assez importante dans le tissu cellulaire (au-dessus ou au-dessous de la bourse), pour pouvoir être injectée.

Fendue, par sa partie médiane, dans le sens de sa largeur (coupe verticale), la tumeur offre des parois formées, à droite, de deux lamelles superposées, et séparées par un espace virtuel, dans lequel pénètre le stylet : ceci montre que la bourse séreuse était biloculaire, que l'injection a pénétré dans la loge de gauche, et a refoulé la cloison médiane, l'appliquant contre la paroi de droite.

La surface de la tumeur est légèrement irrégulière et bosselée : certains points se sont laissés distendre plus facilement, ce qui montre que la paroi n'a pas partout la même épaisseur, ou, du moins, la même résistance.

La face de la tumeur qui répond aux téguments est convexe : celle qui répond à l'olécrâne est presque plane, ou plutôt, légèrement concave, se moulant sur l'os.

Coude gauche. — Résultats semblables.

Cependant la bourse séreuse est moins allongée, se rapproche un peu plus de l'épitrachée.

Elle semble avoir été polyloculaire, l'injection ayant repoussé plusieurs cloisons contre les parois.

N° 12. — *Vieillard, sexe masculin.*

Injection à la cire.

Coude droit. — Dissection attentive de la région postérieure du coude (peau, tissu cellulaire, fascia superficialis). On arrive à la bourse séreuse rétro-olécrânienne.

Injection à la cire. La bourse séreuse rétro-olécrânienne se gonfle ; puis, à peu près aussitôt, se gonfle aussi une sorte de boyau, court et étroit, prolongement de la bourse séreuse, puis, immédiatement l'injection parvient dans la bourse séreuse sous-cutanée épitrochléenne, bourse accidentelle observée par A. Bérard.

Ainsi les deux bourses séreuses rétro-olécrânienne et épitrochléenne communiquent ensemble par un canal creusé dans le tissu cellulaire sous-cutané.

La bourse séreuse rétro-olécrânienne est ovoïde ; *longueur* : deux centimètres ; *largeur* : un centimètre et demi.

Elle recouvre la partie supérieure de la face postérieure de l'olécrâne, l'insertion du triceps, et quelques millimètres de la face postérieure du tendon tricipital. Elle déborde le bord interne de l'olécrâne, et se continue par une sorte de prolongement avec la bourse séreuse rétro-épitrochléenne sous-cutanée de *Bérard*.

La face de la tumeur qui correspond à la peau est convexe, bosselée ; celle qui est moulée sur l'olécrâne est plane ou plutôt un peu concave.

La bourse séreuse rétro-épitrochléenne est oblongue ; *longueur* : un centimètre et demi ; *largeur* : un demi centimètre convexe par la face qui répond à la peau, concave par celle qui répond à la saillie épitrochléenne.

Le prolongement mentionné plus haut rejoint les deux bour-

ses, en passant par dessus la gouttière qui sépare l'olécrâne de l'épitrochlée.

L'ensemble du système est recouvert par le *fascia superficialis*, très épais, et repose sur l'aponévrose très mince.

Coude gauche. — La bourse séreuse rétro-olécrânienne médiane, ovoïde, *longueur* deux centimètres, *largeur* un centimètre et demi, n'émet pas de prolongement, ne communique avec aucune autre bourse séreuse.

N° 13. — *Homme adulte.*

Injection à la cire.

Coude droit. — La bourse séreuse rétro-olécrânienne a le volume d'une moitié de noix; *longueur* deux centimètres, *largeur* un centimètre et demi.

Légèrement triangulaire, mais à angles mousses, à base un peu courbe (convexité supérieure). Recouvre la partie postérieure de l'olécrâne dans ses tiers supérieurs, ainsi que l'insertion du triceps.

Ne communique pas avec une petite bourse séreuse sus-olécrânienne, située sur la face postérieure du tendon du triceps. Celle-ci a le volume d'une petite noisette, oblongue, un centimètre en longueur; un peu moins en largeur, qui se laisse également injecter.

Pas de bourse séreuse sous-olécrânienne : tissu lâche et lacuneux, à cette place.

Pas de communication avec la bourse séreuse épitrochléenne.

Mais la bourse séreuse rétro-olécrânienne envoie une sorte de prolongement (angle externe du triangle) vers la bourse séreuse épicondilienne sous-cutanée de *Velpéau*, avec laquelle elle ne communique d'ailleurs pas.

Celle-ci, injectée à son tour, tend, de son côté, à se rapprocher de la bourse séreuse rétro-olécrânienne. Elle a environ un centimètre et demi de diamètre longitudinal. L'ensemble du système est situé sous le fascia superficialis et sur une lamelle mince représentant l'aponévrose d'enveloppe.

Coude gauche. — De ce côté pas de bourse séreuse sus-olécrânienne.

A la place tissu lâche et lacuneux.

De plus, la bourse séreuse rétro-olécrânienne n'envoie pas de prolongement vers la bourse séreuse épicondylienne.

Sa forme est ovoïde et non triangulaire.

Les diamètres sont sensiblement égaux à ceux de la bourse séreuse rétro-olécrânienne droite.

N° 14. — *Vieillard, sexe masculin.*

Injection au blanc de baleine.

Coude droit. — Dissection soigneuse, couche par couche, de la région postérieure du coude, peau, tissu cellulaire sous-cutané, fascia superficialis.

Injection dans la bourse rétro-olécrânienne de blanc de baleine, ramolli et chaud.

L'injection pénètre dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne, puis dans un prolongement, se dirigeant vers le côté interne, puis dans la bourse séreuse rétro-épitrochléenne, puis dans un prolongement externe, et de là, dans la bourse séreuse épicondylienne sous-cutanée.

Nous forçons alors un peu l'injection, et le liquide pénètre dans une petite bourse séreuse sous-olécrânienne.

Après solidification qui se produit rapidement, on a une tumeur constituée de quatre parties distinctes, bien que communiquant entre elles.

La partie centrale, la plus volumineuse, a la forme d'une amande, à pointe inférieure communiquant avec la bourse séreuse sous-olécrânienne du volume d'un gros pois.

Chacune des parties latérales affecte la forme d'une noisette, siégeant l'une sur l'épicondyle, l'autre sur l'épitrochlée, débordant l'une et l'autre la saillie osseuse sous-jacente, pour couvrir l'aponévrose, qui passe comme un pont sur les gouttières situées de chaque côté de l'olécrâne. Elles y rejoignent un prolongement que la bourse séreuse rétro-olécrânienne envoie à leur rencontre.

L'injection n'a pas pénétré au-dessus de l'insertion du triceps.

Longueur de la bourse rétro-olécrânienne 2 centimètres.

Largeur 2 centimètres (en comptant les deux prolongements).

La bourse séreuse sous-olécrânienne a un diamètre de 1 centimètre en tous sens.

Les bourses séreuses épitrochléenne et épicondylienne = 1 cent. 1/2 en longueur.

Coude gauche. — Les quatre bourses séreuses sous-cutanées : bourse séreuse rétro-olécrânienne, bourse séreuse sous-olécrânienne, bourse séreuse épitrochléenne, bourse séreuse épicondylienne existent, mais ne communiquent pas entre elles, *même en forçant un peu l'injection.*

La bourse séreuse rétro-olécrânienne est ovoïde, les autres sont à peu près arrondies ; la bourse séreuse épicondylienne a cependant un diamètre longitudinal légèrement supérieur au diamètre transversal.

Au coude gauche comme au coude droit, la bourse séreuse rétro-olécrânienne repose sur le périoste ; pas de trace d'aponévrose entre le périoste et la bourse séreuse.

N° 15. — *Sujet adulte, masculin.*

Injection au blanc de baleine.

Coude droit. — Dissection de la région postérieure du coude, couche par couche (peau, tissu cellulaire, fascia superficialis épais et opaque).

Injection de blanc de baleine, ramolli et chaud, dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne. Refroidissement rapide.

La bourse séreuse rétro-olécrânienne se présente sous la forme d'une tumeur solide, ovoïde ; longueur 2 centimètres, largeur 1 centimètre $\frac{1}{2}$, pas absolument médiane, mais empiétant un peu sur la gouttière qui sépare l'olécrâne de l'épitrachée.

En haut la tumeur recouvre l'insertion tricipitale, et quelques millimètres de l'extrémité inférieure du tendon du triceps, ainsi que les $\frac{2}{3}$ supérieurs de la face postérieure de l'olécrâne. La face de la tumeur qui répond à la peau est convexe ; celle qui repose sur l'olécrâne est concave.

Pourtour irrégulier, plus convexe en dedans qu'en dehors.

Périphérie bosselée, irrégulière, montrant que la paroi d'inégale épaisseur s'est laissée distendre dans certains points plus que dans certains autres.

Pas de bourse séreuse sus ni sous-olécrânienne. A leur place un tissu cellulaire lâche, aréolaire, comprenant de petites lacunes trop infimes pour pouvoir être injectées. Dissection de la tumeur qui n'a pas de prolongement ni de communication avec d'autres bourses séreuses. Elle repose directement sur le périoste olécrânien : il ne semble pas exister trace d'aponévrose entre la bourse séreuse et le périoste.

En dehors de la bourse séreuse rétro-olécrânienne et à la même hauteur, une petite lacune de 1 centimètre de longueur, de largeur presque égale, n'est pas injectée mais ouverte.

La bourse séreuse rétro-olécrânienne injectée, fendue par le milieu (coupe horizontale) montre une paroi plus épaisse à droite qu'à gauche, et composée de deux feuillets ; ceci prouve que la bourse séreuse était biloculaire, que l'injection a été faite dans la loge de gauche et que la cloison médiane a été repoussée à droite.

Sur la coupe de la tumeur, vers la paroi profonde, on aperçoit la lumière de deux petits vaisseaux béants.

Coude gauche. — Résultats semblables : la bourse séreuse rétro-olécrânienne ovoïde, longue de 2 centimètres, large de 1 centimètre $\frac{1}{2}$, est médiane et n'empiète pas sur la gouttière qui sépare l'olécrâne de l'épitrochlée. Elle est polyloculaire, car ses parois sont doublées de cloisons celluleuses que l'injection a repoussées.

Pas de bourse séreuse sus ni sous-olécrâniennes, ni de lacune latérale.

N° 16. — *Femme adulte.*

Injection à la paraffine.

Coude droit. — Dissection de la peau et du fasci a superficialis mince et transparent.

Injection de la bourse séreuse rétro-olécrânienne à la paraffine.

La bourse séreuse se présente sous l'aspect d'une tumeur ovoïde de 1 centimètre $\frac{1}{2}$ de long, de largeur presque égale, ne recouvrant pas l'insertion du triceps, ne descendant pas jusqu'au point où commence la crête du cubitus.

Médiane, elle recouvre la moitié supérieure de la face postérieure du cubitus.

Contour irrégulier, surface légèrement mamelonnée.

Une sorte de bride fibreuse, partant de l'insertion du triceps,

venant aboutir à l'extrémité inférieure de la tumeur et s'insérant sur le point où commence la crête cubitale, comprime la bourse séreuse injectée, et la divise par un sillon oblique, assez profond, qui donne à la bourse séreuse un aspect bilobé (un lobe interne et un lobe externe plus petit).

Pas de communication avec les bourses séreuses voisines bien que l'injection ait été légèrement forcée.

Au-dessus de la tumeur se trouve du tissu cellulaire lâche, aréolaire, comprenant plusieurs petites cavités de moins d'un centimètre de long, le diamètre vertical étant le plus grand. Au-dessus de la tumeur, tissu cellulaire semblable à celui qui se trouve au-dessus.

Détachée du périoste, la face profonde est un peu concave et se moule sur une crête, haute de quelques millimètres, qui parcourt transversalement la face postérieure de l'olécrâne.

Pas de trace d'aponévrose entre la bourse séreuse et le périoste.

Fendu dans le sens de sa largeur, la tumeur laisse apercevoir une cloison médiane, correspondant au sillon oblique mentionné plus haut. Cette cloison doit sans doute être incomplète, et assez largement perforée, puisque l'injection ne l'a pas repoussée vers l'une ou l'autre des parois.

Les parois de la bourse séreuse apparaissent inégales d'épaisseur de plusieurs points.

Coude gauche. — Résultats identiques, sauf l'absence de bride fibreuse. De plus la bourse séreuse rétro-olécrânienne gauche est polyloculaire, au lieu d'être seulement biloculaire.

Quelques franges dendritiques jaunâtres se voient (à la coupe) au niveau des parois.

N° 17. — *Adulte, sexe masculin.*

Injection de plâtre délayé dans de l'eau.

Coude droit. — Dissection de la région postérieure du coude : peau, tissu cellulaire, fascia superficialis, épais, nacré, à stries radiées.

Injection dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne, de plâtre délayé dans l'eau.

48 heures après, dissection de la tumeur ainsi produite artificiellement.

Elle est ovoïde, longue de 2 centimètres, large d'un cent. 1, 2, épaisseur au centre : 1 centimètre.

Elle envoie un court prolongement vers l'épicondyle.

Pas de communication avec les bourses séreuses voisines.

La surface est légèrement mamelonnée ; le contour est irrégulier.

Dure et rugueuse au palper, la tumeur semble presque adhérente au plan osseux sous-jacent.

Elle recouvre les deux tiers supérieurs de la face postérieure de l'olécrâne, et l'insertion tricipitale.

Elle repose sur le périoste, dont certains petits lambeaux sont enlevés, avec la tumeur, malgré une dissection attentive.

Pas de trace d'aponévrose.

La face profonde lisse et un peu concave se moule sur l'olécrâne. La face superficielle est convexe.

Pas de bourse séreuse sus ou sous-olécrânienne. Sur le côté externe du point où commence la crête du cubitus, une petite lacune de quelques millimètres de diamètre, allongée dans le sens vertical.

Coude gauche. — Résultats absolument identiques.

N° 18. — *Sujet masculin, 18 ans.*

Coupe longitudinale du coude après congélation.

Coude droit. — La bourse séreuse rétro-olécrânienne occupe exactement les $\frac{2}{3}$ supérieurs de la face postérieure de l'olécrâne, sur une longueur de près de deux centimètres.

Son extrémité supérieure atteint, sans la dépasser, sans la recouvrir, l'insertion du triceps.

Elle est recouverte par le fascia superficialis épais et nettement délimité ; elle repose directement sur le périoste olécrânien.

Elle est biloculaire, composée de deux grandes lacunes, de dimensions inégales ; la loge supérieure, plus vaste, est recouverte en partie par la loge inférieure qui empiète sur le $\frac{1}{3}$ inférieur de la première.

Ces loges communiquent entre elles par une ouverture très étroite, laissant à peine passer un fin stylet ou une aiguille à tricoter.

La cavité est traversée par une fine veinule qui se rend aux veines sous-cutanées.

La bourse séreuse rétro-olécrânienne apparaît comme creusée au dépens du tissu cellulaire ambiant ; ses parois peu épaisses mais distinctes pourtant paraissent dues à la condensation de ce tissu.

Pas de bourse séreuse sous-olécrânienne ni sus-olécrânienne ; mais le tissu cellulaire sus et sous-olécrânien est lâche, privé de graisse et contient quelques lacunes très petites. (*Voir fig. II*).

Coude gauche. — Résultats identiques, sauf que la bourse séreuse est triloculaire, à cloisons également perforées, qu'elle

ne contient pas de veinules, et ne présente pas tout-à-fait une largeur de 2 centimètres.

N° 19. — *Homme, 50 ans.*

Coupe longitudinale, après congélation.

Coude droit. — Une première bourse séreuse rétro-olécrânienne superficielle, longue de 3 centimètres, s'étend du tendon du triceps, qu'elle recouvre sur une étendue de quelques millimètres, jusqu'au point où commence la crête du cubitus.

Cette bourse séreuse est recouverte par le fascia superficialis mince et transparent.

Elle recouvre elle-même une seconde bourse séreuse rétro-olécrânienne, longue de près de 1 centimètre, placée exactement sur la saillie de l'olécrâne, sur le périoste duquel elle repose.

Les deux bourses séreuses sont séparées l'une de l'autre par un mince plan fibreux, assez résistant, qui semble être la continuation de l'aponévrose d'enveloppe.

L'intérieur des deux bourses séreuses est lisse ; pas de communication des deux bourses entre elles ni avec les autres bourses séreuses voisines.

Pas de bourse séreuse sus ni sous-olécrânienne ; à la place un tissu cellulaire lâche et lacuneux.

Coude gauche. — Une seule bourse séreuse rétro-olécrânienne, biloculaire, à cloison perforée.

Longueur = 2 centimètres.

Ne recouvre pas le tendon du triceps.

Une lacune sus-olécrânienne de près d'un centimètre de long, se trouve dans le tissu cellulaire lâche placé à la face postérieure du tendon du triceps.

Elle n'est pas exactement sur la ligne médiane, mais un peu en dehors d'elle.

N° 20. — *Homme adulte, 40 ans.*

Coupe transversale après congélation.

Coude droit. — La coupe passe exactement au niveau de la pointe du coude, à quelques millimètres au-dessous de l'insertion du triceps, c'est-à-dire au-dessous de la ligne qui sépare la face supérieure de l'olécrâne de sa face postérieure.

La bourse séreuse rétro-olécrânienne présente à ce niveau une largeur de deux centimètres, occupe toute la largeur de la face postérieure de l'olécrâne sans la déborder.

Divisée en deux loges inégales (la loge interne est plus vaste), elle est lisse à l'intérieur; de petits vaisseaux sanguins rampent dans les replis des parois et de la cloison.

Recouverte par le fascia superficialis, elle repose sur le périoste olécrânien et sur quelques fibres venant du tendon du triceps et se confondant avec le périoste en ce point.

Pas de trace d'aponévrose entre la bourse séreuse et le périoste.

Pas de communication avec les bourses séreuses voisines.

En dehors de la bourse séreuse rétro-olécrânienne sur le bord externe de l'olécrâne une lacune de quelques millimètres de large.

Coude gauche. — La bourse séreuse rétro-olécrânienne occupe la même largeur que celle du coude droit, c'est-à-dire deux centimètres, mais elle est divisée en quatre loges inégales, lisses à l'intérieur.

III. — RÉSULTATS DES DISSECTIONS PRATIQUÉES SUR CINQ
ENFANTS DE 2 A 6 ANS.

Nous avons examiné dix bourses séreuses, rétro-olé-crâniennes appartenant à cinq enfants, d'âges différents et des deux sexes.

Chez deux enfants, un garçon et une fille de deux ans, la région postérieure du coude présentait une couche de tissu cellulaire lâche.

Au sommet de l'olécrâne le tissu devenait plus lâche encore et était creusé de cinq ou six lacunes, dont quelques-unes communiquaient entre elles. Cette demi-douzaine de lacunes étaient rassemblées sur une étendue égale à la superficie d'une pièce de 20 centimes ; elles embrassaient par leur réunion la même étendue qu'aurait occupé une bourse bien développée.

Il n'y avait pas de différence entre la bourse séreuse rétro-olécrânienne droite et la bourse séreuse rétro-olécrânienne gauche.

Chez trois enfants de quatre à six ans, à la face postérieure et supérieure de l'olécrâne, au coude droit ainsi qu'au coude gauche, la bourse séreuse rétro-olécrânienne était plus nettement indiquée.

Les parois de la bourse, tout en n'étant pas limitées du côté externe, pouvaient cependant être distinguées, le tissu qui bornait la cavité étant sensiblement plus dense.

La bourse était généralement arrondie, de un centimètre environ, de diamètre.

Elle ne recouvrait pas l'insertion tricipitale. Elle était divisée en plusieurs loges, de trois à cinq.

Les cloisons qui séparaient les loges étaient minces, transparentes, et quelques-unes perforées.

Les loges renfermaient un peu de liquide.

HISTOLOGIE

Fourcroy, Béclard, Bichat, Bérard, et Denonvilliers, Lancereaux, Follin, traitant des bourses séreuses et de leur constitution, ne se sont pas occupés de savoir si elles sont revêtues à leur face interne d'un épithélium. Chassaignac déclare qu'elles en sont privées. Denucé est du même avis, ainsi que Marc Sée, Robin et Cadiat, Legros, Tourneux, Hermann, Farabœuf (1).

Charles Nancrede (2) a cru voir que les faisceaux conjonctifs qui forment la paroi des bourses séreuses sont revêtus « *de grandes cellules plates, à noyau nucléolé, qui ressemblent aux cellules endothéliales de toutes les membranes séreuses et qui leur sont pratiquement identiques.* »

Pour Cornil et Ranvier, la surface interne des bourses séreuses est tapissée d'un épithélium qui lui forme un revêtement complet ou incomplet, et dont les cellules ne diffèrent pas de celles qui s'observent autour des faisceaux du tissu conjonctif. Mais ils ne décident pas si ce

1. Denucé. *Bull. Société anatom.* 1852, p. 614. — Marc Sée. *Dict. encycl. sc. méd.* Art. *Bourses séreuses*. — Robin et Legros ont cherché cet épithélium sur des bourses séreuses des supliciés et ne l'ont pas trouvé. Th. de Michon et *Traité des tumeurs*. — Tourneux. *Journal d'anatomie de Robin*, 1874. — Farabœuf. Th. agr., 1875, p. 19, p. 35.

2. Nancrede. *Encyclopédie internationale*, 1884.

revêtement est propre à la bourse séreuse, ou s'il provient seulement de ce que chaque faisceau conjonctif a son revêtement particulier de cellules. Il semblerait que Cornil et Ranvier tendent à conclure que chaque faisceau conjonctif est revêtu de cellules endothéliales; que ces faisceaux tassés constituent la paroi de la bourse, et que les cellules endothéliales de ces faisceaux rapprochés, examinés à l'intérieur de la bourse séreuse, donne l'illusion d'un dallage à peu près continu.

Gouzer (1), sous la direction de M. Fontan, professeur à l'Ecole de Brest, a recherché sur une série de bourses séreuses rétro-olécrâniennes et prérotuliennes appartenant à des sujets de 18 à 25 ans :

1° Si les bourses séreuses ont un endothélium propre dont les cellules unies par leurs bords forment une lame continue et tout-à-fait indépendante du revêtement endothélial des faisceaux conjonctifs.

2° Si cette lame endothéliale est supportée par une membrane basale, anhiste, telle que celle observée dans les séreuses mieux organisées.

Il conclut affirmativement pour la première question et négativement pour la seconde. Pour démontrer ce revêtement épithélial propre; il injecte, dans la bourse séreuse d'un sujet mort récemment, une solution de nitrate d'argent au 1/200. Le lendemain la bourse est excisée, ouverte, exposée à la lumière. La réduction se fait rapidement. « *Les pièces préparées pour la dissociation par dix jours de macération dans l'alcool au tiers ont*

1. Gouzer. Th. Paris, 1884-85, p. 15-16.

permis d'examiner des lambeaux dilacérés de la membrane interne étalée à plat » (Gouzer. Th. Paris, p. 16). Il a vu, de cette façon, l'épithélium interne, se présentant sous l'aspect d'un réticulum imprégné, dont chaque maille correspond à une cellule épithéliale. Ces cellules irrégulièrement polygonales, aussi larges que longues sont assez semblables à celle du péritoine. Les bords soudés sont représentés par un trait noir, légèrement flexueux. La lame épithéliale est continue et s'étend sur toute la face interne de la membrane étalée. « *L'épithélium*, conclut Gouzer, *est donc un pavé interne de la paroi séreuse, et non le rapprochement des gaines endothéliales des faisceaux conjonctifs.* »

Nous avons répété cette intéressante expérience sur six bourses rétro-olécrâniennes d'adultes, dont l'une examinée douze heures après la mort du sujet.

Soit inexpérience de notre part, soit que les conditions où nous nous sommes placés n'aient pas été identiques, il nous a été absolument impossible d'apercevoir cette membrane épithéliale, continue, ininterrompue, revêtant l'intérieur de la bourse.

Peut-être, notre examen s'est-il porté sur des bourses séreuses des sujets morts depuis un temps trop long. Gouzer fait, en effet, remarquer que ce revêtement épithélial tombe rapidement.

Les bourses séreuses rétro-olécrâniennes offrent des variétés nombreuses dans la constitution de leurs parois, selon l'âge, le sexe, la profession, les habitudes du sujet, selon les maladies qui ont pu se porter sur ces bourses séreuses.

Ces parois sont parfois constituées par une simple lamelle conjonctive; parfois elles sont denses, à demi élastiques, parfois elles constituent une coque fibreuse.

Une bourse séreuse rétro-olécrânienne saine, prise sur un adulte, ne présentant aucune frange, aucune prolifération à l'intérieur est constituée de la façon suivante :

La zone la plus externe est formée d'innombrables faisceaux conjonctifs, enchevêtrés, analogues à ceux du tissu cellulaire lâche. Elle n'a pas de limite du côté externe, les faisceaux conjonctifs se continuant avec la peau, le périoste, l'aponévrose, le tissu cellulaire environnant.

Le plus grand nombre de ces faisceaux conjonctifs sont perpendiculaires à la surface de la bourse. De l'entrecroisement de ces faisceaux résultent de petits espaces libres dans lesquels existe normalement du liquide (1). On trouve aussi entre ces faisceaux de rares vésicules adipeuses; appliqués sur ces faisceaux des grandes cellules plates à noyau nucléolé; quelques fibres élastiques plus ou moins abondantes selon les sujets.

Dans la zone moyenne, par suite d'un arrangement mécanique, les faisceaux conjonctifs se pressent les uns contre les autres, se placent presque tous parallèlement, les uns aux autres; les vésicules adipeuses et les fibres élastiques deviennent de moins en moins nombreuses.

Dans la zone la plus interne, les faisceaux conjonctifs sont serrés en couche très dense, et tous placés parallèlement les uns aux autres. Il n'existe plus ni vésicules

1. Nancrede. *Loco citato*.

adipeuses, ni fibres élastiques, mais des cellules conjonctives plus ou moins nombreuses.

Il nous a été impossible d'apercevoir un revêtement interne de la paroi.

EMBRYOLOGIE

Les bourses séreuses rétro-olécrâniennes sous-cutanées existent-elles chez le fœtus ?

Les réponses faites à cette question par les auteurs sont très variables.

En 1795, Herwig (1), déclare que « nombre de bourses muqueuses ont été constatées chez le fœtus, plus nombreuses et plus vastes chez les enfants. »

Schreger (2), affirme avoir trouvé la bourse séreuse rétro-olécrânienne chez l'embryon (1825).

Bielkiewicz (3), prétend que « la bourse olécrânienne existe déjà chez les fœtus au septième mois de la vie intra-utérine ; chez les nouveau-nés elle a la forme et le volume d'un pois ».

Velpeau (1843), dans une observation très détaillée, spéciale, prise sur un fœtus de 3 mois 1/2, ne fait pas mention de bourses séreuses rétro-olécrâniennes, pas plus d'ailleurs què d'aucune autre bourse séreuse.

1. Herwig. *De morbis mucosarum bursarum. In collect. dissert. gottingue*, 1795. T. II, part. III, p. 41.

2. Schreger. *De bursis mucosis sub cutaneis*, 1825, p. 33.

3. Bielkiewicz. *De mortis mucosis sub cutaneis*, 1838, p. 207.

4. Velpeau. *Recherches sur les cavités closes de l'économie animale. Annales de chirurg. franc. et étr.*, 1843.

Plus loin il déclare n'avoir jamais pu trouver de bourses séreuses avant le quatrième mois.

Celles qui apparaissent les premières sont celles du genou ; celles du coude viennent ensuite.

Lenoir pensait que toutes les bourses séreuses sous-cutanées sont accidentelles ou acquises, *qu'elles n'existent pas chez le fœtus*, et que celles qu'on y trouve peuvent être considérées comme transmises par l'hérédité.

Pour Coulson (1), les bourses séreuses n'apparaissent chez le fœtus qu'après le cinquième mois de la vie intra-utérine ; jusqu'à cette époque la place qu'occupera la bourse séreuse, bien développée, est prise par du tissu cellulaire non modifié.

Denucé (2), prétend avoir pu vérifier qu'au moment de la naissance : « *Les bourses muqueuses du genou et du coude, — et ce sont les plus considérables, — ne sont pas distinctes du tissu cellulaire lâche qui double la peau ; elles se rencontrent, mais peu développées, sur un enfant d'un an, et à aucune période on ne trouve d'épithélium dans leur intérieur.* »

Gruber (3) n'a pas trouvé la bourse séreuse olécrânienne chez le fœtus.

Il ne l'a même pas trouvée d'une façon constante chez le nouveau-né.

1. Coulson. *Sub cutaneous bursæ mucosæ*, 1850. *Medical Times London*, i, 581-583.

2. Denucé. *Bullet. Société anatomique*, 1852, p. 642.

3. Gruber. *Bursæ mucosæ cubitales*, monographie, Saint-Pétersbourg, 1866, p. 2.

Il l'a constaté chez un enfant âgé de quelques semaines.

Synnestevidt (1) a examiné plusieurs embryons, *mais sans rencontrer de bourse séreuse rétro-olécrânienne*.

Pour Wintrebert, la bourse séreuse rétro-olécrânienne s'acquiert pendant la vie, sous l'influence des frottements répétés dont l'olécrâne est le siège : *le fœtus et le nouveau-né ne les présentent pas* (2).

Nous avons pu nous procurer quatre fœtus d'âges différents.

L'un de quatre mois ou quatre mois et demi, du sexe masculin et un second de cinq mois environ, du même sexe, n'offraient à la région postérieure du coude, au niveau de la face postérieure de l'olécrâne aucune bourse séreuse rétro-olécrânienne nettement formée; il ne nous a même pas semblé que le tissu cellulaire rétro-olécrânien fût, non pas même lacuneux, mais plus lâche que le tissu cellulaire sus ou sous-olécrânien.

Un troisième fœtus de sept mois à peu près avait à la région postérieure du coude, au niveau de la face postérieure et supérieure de l'olécrâne, du tissu cellulaire très lâche, privé de graisse, différant d'aspect du tissu sus et sous-olécrânien. Incisé, il présentait dans ses mailles des petites lacunes minuscules, mais cependant très nettes, sur une superficie correspondant à la pointe de l'olécrâne.

1. Synnestevidt. *En anatomisk beskrivelse, of de paa over og under extremiteterne forekommende bursæ mucosæ*. Christiania, 1869.

2. Wintrebert (P.). *Bullet. Société anatom. et clinique de Lille*, 1887. *Contribution à l'anatomie du coude*, p. 46-75.

Un autre fœtus, environ du même âge, du sexe masculin également, présentait au même endroit, le même tissu cellulaire lacuneux, avec cette particularité que la lacune centrale était plus vaste que les petites lacunes voisines.

Nous avons également pu examiner un nouveau-né, (neuvième mois), chez lequel la place, que devait occuper une bourse séreuse rétro-olécrânienne bien formée, était recouverte par du tissu cellulaire très-lacuneux ; il avait l'aspect de l'écume d'un liquide au milieu duquel on aurait soufflé avec un chalumeau. Les différentes petites bulles, embrassaient par leur réunion la même étendue que la bourse rétro-olécrânienne bien développée, c'est-à-dire, une superficie allant de l'insertion du triceps au milieu de la face postérieure de l'olécrâne, égale par conséquent à la surface que couvrirait une lentille.

De ces dissections, trop peu nombreuses pour que nous puissions en tirer des conclusions générales, nous retiendrons seulement que chez le fœtus, il nous a été impossible de découvrir une bourse séreuse rétro-olécrânienne nettement formée ; — qu'au quatrième mois de la vie intra-utérine, nous n'avons même pas trouvé de tissu cellulaire lacuneux au niveau de la face postérieure de l'olécrâne ; qu'à sept mois, il existait des petites lacunes, rudiments de la bourse séreuse rétro-olécrânienne, dans le tissu cellulaire ; que ces lacunes peuvent-être plus ou moins vastes, selon les sujets ; — qu'au neuvième mois on peut, suivant le point de vue auquel on se place, dire ou bien qu'il existait une bourse séreuse rétro-olécrânienne à développement incomplet rudimentaire, formée d'un

grand nombre de loges, ne communiquant pas entre elles ; ou bien que la bourse séreuse rétro-olécrânienne, n'existait pas, mais que sa place était occupée par du tissu cellulaire très lacuneux dont les lacunes en se réunissant par disparition de leurs cloisons, aurait formé la bourse séreuse rétro-olécrânienne future.

Ces deux façons de décrire la même pièce, permettrait peut-être, de comprendre les divergences d'opinions professées par les anatomistes et embryologistes qui se sont occupés de la question. Les uns n'ont considéré, comme bourse séreuse, qu'une cavité vaste, nettement délimitée, à parois appréciables, et ils ont dû refuser toutes bourses séreuses au fœtus. D'autres ont admis comme bourses séreuses des lacunes appréciables du tissu cellulaire, ou une réunion de lacunes occupant la même étendue qu'occuperait une bourse bien développée ; ils ont admis que cette réunion de lacunes représentait une bourse séreuse multiloculaire, et ils ont reconnu une bourse séreuse au fœtus.

La vérité nous semble être qu'il n'existe pas un instant spécial auquel la bourse séreuse rétro-olécrânienne apparaît. Entre le moment où le tissu cellulaire rétro-olécrânien ne peut être différencié du tissu cellulaire voisin, et celui où il existe une cavité parfaite et vaste, ce tissu passe par une série de transformations insensibles, tendant toutes à augmenter la cavité des lacunes imperceptibles qui se trouvent dans les mailles du tissu conjonctif, à faire communiquer les lacunes entre elles, par destruction des cloisons, à condenser, à tasser le tissu cellulaire qui se trouve à la périphérie de la bourse.

Suivant la période de la vie intra-utérine du sujet que l'on examinera, ce travail sera plus ou moins avancé ; mais il peut se faire aussi que ce travail s'accomplisse plus ou moins rapidement, selon les sujets. Ainsi, nous avons disséqué deux fœtus de sept mois, du même sexe. Chez l'un d'eux le tissu cellulaire rétro-olécrânien était beaucoup plus lâche, et les lacunes plus vastes que chez l'autre.

Ce qui nous inclinerait à qualifier de « *bourse séreuse rétro-olécrânienne rudimentaire* » ces lacunes plus ou moins vastes, ou cet ensemble de lacunes, c'est que nous avons pu observer un épanchement de sérosité dans l'une d'elles, assez abondant pour constituer une tumeur fluctuante, identique, comme situation, aspect, forme, contenu, une bursite séreuse aiguë ou chronique.

Si l'on admet que le fœtus peut être porteur d'une bursite rétro-olécrânienne, peut-être pourra-t-on lui accorder aussi qu'il est porteur de la bourse, siège de cette bursite.

Voici ce cas assez singulier de bursite congénitale :

Un enfant, mort né, né avant terme, porteur à la face palmaire des mains et plantaires des pieds de pemphigus très net, avait aussi au niveau du coude droit, à la partie postérieure et supérieure de l'olécrâne, une tumeur du volume d'une noisette. Les bulles de pemphigus étaient de grandeurs différentes, mais en général du volume d'une lentille ; d'une teinte jaunâtre. L'une d'elles était ouverte et montrait le derme à nu et excorié, baigné d'un peu de pus jaunâtre. La teinte du petit cadavre était livide et violacée, surtout aux extrémités.

La tumeur de l'olécrâne était sous-cutanée, située au milieu du tissu cellulaire de la région postérieure du coude, et placé au siège qu'occupe la bourse séreuse rétro-olécrânienne sous-cutanée, c'est-à-dire à la face postérieure et supérieure de l'olécrâne.

Ouverte elle donna issue à de la sérosité. Les parois de la cavité étaient fort peu épaisses; le tout ressemblait à une lacune du tissu cellulaire dans laquelle aurait été injecté du liquide.

De quelle nature était cette bourse séreuse rétro-olécrânienne ?

La coïncidence de manifestations syphilitiques aux mains et aux pieds pourrait faire songer à un épanchement dû à la syphilis. Mais la pierre de touche, nous entendons le traitement spécifique, inapplicable dans la circonstance, aurait seul pu permettre d'affirmer le diagnostic.

Nous croyons donc pouvoir admettre que si dans le cours de la vie intra-utérine la bourse séreuse rétro-olécrânienne n'est pas complètement formée, elle est pourtant en voie de formation à partir du septième mois, certainement, peut-être à partir du cinquième ou même du quatrième mois de la vie fœtale (1) ; mais que cette bourse séreuse n'acquiert sa perfection que pendant la

1. Nous avons pu vérifier la formation des lacunes au septième mois. Coulson prétend qu'on remarque déjà au cinquième mois des modifications importantes dans le tissu cellulaire rétro-olécrânien. Velpeau aurait distingué des rudiments de bourses séreuses à partir du quatrième mois.

vie sous l'action des frottements et de traumatismes journaliers, physiologiques, accidentels ou professionnels.

Etant admis que la bourse séreuse rétro-olécrânienne est en voie de formation pendant la vie fœtale, à quoi doit-on l'attribuer ? De quelle façon, par quels procédés se produit-elle ?

Lenoir pensait que toutes les bourses séreuses étaient acquises pendant la vie, par le frottement, et que si l'on en trouvait parfois chez le fœtus c'est qu'elles lui avaient été transmises par l'hérédité.

Sans nier l'action que peut avoir l'hérédité, nous pensons cependant que d'autres causes entrent en jeu.

Bichat (1), et, après lui, Serres, E. Gelez (2), admettaient que toutes les séreuses sont constituées par des membranes, distinctes du tissu cellulaire environnant. Ils croyaient à la *préexistence de cette membrane chez le fœtus*, pour les bourses séreuses, comme pour toutes les séreuses (Gelez. *Loco citato*).

D'après Bichat, les cavités séreuses sont préexistantes à leur contenu. Des circonstances vitales et non physiques contribuent à leur texture. Le frottement est simplement une cause d'excitation organique ; il n'agit pas autrement, et encore, dit Gelez, est-ce contestable. Ce qu'il y a de positif c'est que les cavités séreuses se forment là où elles doivent être, et jamais elles n'y ont manqué. Il y a donc un autre régulateur de la formation ; le mou-

1. Bichat. *Traité des membranes*.

2. E. Gelez. *Hist. des membranes séreuses, synoviales, bourses muqueuses et kystes*, p. 99 et suiv., 1844.

vement est plutôt, en définitive, le *but final* de leur existence, que sa *raison mécanique efficiente*.

La bourse séreuse rétro-olécrânienne dans cette théorie préexisterait et les mouvements n'auraient d'autre résultat que de la mettre en évidence.

Toute autre est la conception de Velpeau, partisan de la *théorie mécanique*. Déjà Bordeu (1) avait pensé que la compression des couches de tissu cellulaire et leur frottement répété étaient capables de donner naissance aux membranes des cavités séreuses ; et de plus, selon lui, ces cavités se formaient par fractions, partiellement, toutes les petites cavités se réunissant en une seule. Velpeau adopte ces vues, moins la formation de la membrane, car il n'admet que la formation de cavités closes. A. Mœckel est du même avis ; Andral déclare que toute cavité séreuse n'est qu'une grande vacuole du tissu cellulaire. Dance partage ces idées.

« *La formation de ces cavités (bourses séreuses) n'est précédée d'aucun travail organique particulier* », dit Velpeau (2).

Leur apparition ne suppose aucune création matérielle spéciale. Elles résultent toutes d'une simple modification purement physique... Les cavités sous-cutanées dépendent toujours de mouvements *qui n'existaient pas dans les premiers mois de la vie embryonnaire*. Elles se rapportent au frottement, à la pression, au froissement, ou au

1. Bordeu. *Œuvres complètes*, édition Richeraud.

2. Velpeau. *Recherches sur les cavités closes. Annales chir. franc. et étrang.*, 1843, p. 329.

mouvement du soufflet, ou à ces quatre variétés réunies. »

C'est ce qui se produit pour la formation de la bourse séreuse rétro-olécrânienne.

La partie saillante du coude est obligée, dans les mouvements actifs ou passifs du fœtus, de se porter dans tous les sens, frottant contre les parois utérines, pressant, comprimant, écartant tour à tour les diverses couches de tissu cellulaire, et glissant sur elles. Dans la flexion l'olécrâne comprime fortement les tissus ; dans l'extension la compression cesse et l'olécrâne glisse sur le tissu cellulaire, dans certains cas ce tissu se plisse, se chiffonne ; certaines lamelles s'écartent, d'autres se rapprochent.

« Construite de cette façon, la bourse séreuse rétro-olécrânienne, résultant d'un simple écartement des couches du tissu cellulaire, n'est plus qu'une grande cellule, ou une réunion de grandes cellules, développées dans le tissu cellulaire. Ce n'est plus un sac membraneux, c'est une « *cavité close* ».

Les premières couches de tissu cellulaire, qui limitent cette cavité, peuvent se tasser, devenir plus denses, mais ne peuvent être différenciées du tissu cellulaire environnant ; la bourse séreuse n'a pas de limites externes.

Cette observation, que le fœtus ne porte aucun ru liment de bourse séreuse rétro-olécrânienne avant l'apparition des mouvements actifs, alors qu'après un temps suffisant d'exercice de ces derniers, une série de lacunes rétro-olécrâniennes deviennent apparentes, appuie fortement la théorie de Velpeau.

La façon dont se produisent les bourses séreuses anormales, accidentelles, est encore une preuve nouvelle. Le

fait que la bourse séreuse rétro-olécrânienne est généralement plus développée à droite qu'à gauche, plus vaste chez les personnes qui s'appuient fréquemment sur les coudes confirme aussi cette opinion.

En résumé, les mouvements passifs et actifs du fœtus amènent au niveau de la pointe de l'olécrâne des pressions, des frottements, des heurts, des glissements, tels que dans le tissu cellulaire rétro-olécrânien il se produit des lacunes, rudiments de la bourse séreuse rétro-olécrânienne en voie de formation.

Mais, si nous croyons, avec Velpeau, que la bourse séreuse rétro-olécrânienne se produit à la suite de frottements habituels nous ne pensons pas, comme lui, que cette nouvelle formation « *a pour but de favoriser le glissement des parties* ».

Il n'est pas nécessaire d'invoquer ici la « *cause finale* ». Le mouvement a créé la bourse séreuse rétro-olécrânienne : le résultat est bien une facilité plus grande de glissement des surfaces rétro-olécrâniennes et cutanées, mais ce n'est pas ce résultat, cette conséquence qui est la raison efficiente.

Ici, comme ailleurs, nous pensons que « *la fonction fait l'organe* ».

Ce n'est pas pour faciliter le glissement que la bourse séreuse rétro-olécrânienne s'est produite, c'est parce que les glissements existaient qu'elle s'est formée.

PHYSIOLOGIE

I. — *Adhérence de la bourse séreuse' rétro-olécrânienne aux tissus ambiants.* — La paroi profonde de la bourse séreuse rétro-olécrânienne est toujours excessivement difficile à détacher de l'olécrâne. Elle semble dans certains cas se confondre avec le périoste.

Elle est d'autant plus adhérente que l'âge est plus avancé. Chez l'enfant elle se détache avec une facilité relative. Quant à la paroi superficielle elle se continue avec le tissu cellulaire dont elle n'est que la condensation.

II. — *Liquide contenu dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne.* — Ce liquide est toujours peu abondant lorsque la bourse séreuse rétro-olécrânienne est saine.

Il est incolore, légèrement gluant, ressemble un peu à la synovie des jointures.

Il est plus abondant chez l'enfant à sa naissance (Huberson) et d'autant plus rare que l'âge est plus avancé.

Ce liquide, tour à tour versé et repuisé dans la cavité entretient la souplesse de la paroi et facilite le glissement.

Il existe en quantité d'autant plus grande et est d'autant plus visqueux que les pressions et les frottements sont plus considérables au niveau de la bourse séreuse olécrânienne (Huberson).

III. — *Épaisseur de la paroi, force de résistance du tissu de la bourse séreuse rétro-olécrânienne.* — Le tissu cellulaire qui borde la cavité séreuse rétro-olécrânienne est d'autant plus dense qu'il est plus rapproché du centre de cette cavité.

L'épaisseur de la paroi et sa résistance est d'autant plus considérable que le sujet est plus âgé, et que la bourse séreuse rétro-olécrânienne a été le siège de frottements et de traumatismes plus fréquents, de pression plus forte et plus prolongée.

La situation superficielle de la bourse séreuse rétro-olécrânienne, son siège sur un plan dur (olécrané) font que ses parois sont les plus épaisses de toutes les bourses sous-cutanées, si l'on en excepte, dans certains cas, la bourse séreuse prérotulienne.

Les parois de la bourse séreuse rétro-olécrânienne saine, bien que moins épaisses, plus transparentes, sont pourtant plus résistantes, moins friables que celles d'une bourse séreuse rétro-olécrânienne atteinte de bursite aiguë ou subaiguë.

IV. — *Extensibilité des parois de la bourse séreuse rétro-olécrânienne.* — Ces parois sont douces d'une extensibilité manifeste, et possible dans de très grandes limites, pourvu qu'elle soit développée par une force graduée et lente. Ainsi, on voit la bourse séreuse rétro-olécrânienne se laisser distendre d'une façon considérable dans les cas où se produit dans la cavité un épanchement séreux ou hématique.

Quand on veut mettre en jeu brusquement son extensibilité on amène la rupture de la paroi.

Nous avons pu injecter dans la cavité jusqu'à 40 grammes d'eau.

V. — *Contractilité et tonicité des parois de la bourse séreuse rétro-olécrânienne.* — C'est la propriété opposée à la précédente. Elle se manifeste, quand après une ampliation considérable, la bourse séreuse rétro-olécrânienne revient sur elle-même par la propre élasticité de son tissu. C'est ce qui arrive après l'évacuation d'un épanchement séreux dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne si les parois ne sont pas épaissies.

Huberson admet cette contractilité, cette tonicité, mais, d'après lui « il pourrait bien se faire que ce retour sur elle-même tint à l'élasticité de la peau ».

Nous pensons avec lui que l'élasticité de la peau entre aussi en jeu dans ce cas, à la façon d'une bande de caoutchouc qui comprimerait la bourse séreuse rétro-olécrânienne, mais nous croyons que les parois de la bourse séreuse rétro-olécrânienne ont une contractilité propre. Nous n'avons malheureusement pu expérimenter que sur le cadavre, et nous pensons que cette tonicité est plus considérable encore chez le vivant. Après avoir disséqué avec soin la peau, le tissu cellulaire et le fascia superficialis, en dédolant, nous avons injecté de l'eau dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne jusqu'à ce qu'elle atteignit le volume d'une noix.

Deux heures après nous avons fait sortir le liquide. Quelque temps après les parois de la bourse séreuse rétro-olécrânienne s'étaient rétractées. Le lendemain la cavité ne paraissait pas sensiblement plus considérable qu'avant l'injection.

Mais, cette contractilité, cette tonicité s'épuise quand ces parois sont soumises à des extensions fréquentes et de longue durée, et à la suite d'un hygroma volumineux disparu, la cavité demeure parfois considérable.

VI. — *Perméabilité*. — Amodru (1) sur l'inspiration du professeur Tillaux, a montré que les liquides traversent facilement la bourse séreuse synoviale du genou, par imbibition.

La bourse séreuse rétro-olécrânienne qui est moins parfaite que la séreuse articulaire du genou devait aussi se laisser traverser par les liquides.

Pour nous en assurer, nous avons répété sur elle les expériences faites par Fodera sur la cavité pleurale. Lebkuckner sur le péritoine et Amodru sur la séreuse articulaire du genou.

EXPÉRIENCE I. — Une solution de prussiate de potasse est injectée dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne droite d'un chien. Cinq minutes après, on touche la bourse à l'extérieur avec une goutte de perchlorure de fer. On obtient aussitôt la coloration bleue qui caractérise la réaction de ces deux sels (formation de ferro-cyanure de potassium).

EXPÉRIENCE II. — Une solution de prussiate de potasse est injectée dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne gauche d'un chien. On touche immédiatement après la paroi extérieure de la bourse séreuse avec du perchlorure de fer. On n'obtient pas la couleur bleue. Au bout de deux minutes une teinte à peine sensible apparaît. Au bout de quatre minutes la teinte est caractéristique.

1. Amodru. Thèse Paris, 1879.

EXPÉRIENCE. III. — Une solution de prussiate de potasse est injectée dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne droite d'un cadavre (adulte masculin, 50 ans environ, bourse séreuse rétro-olécrânienne, très développée, pas d'épaississement ni de proliférations morbides dans la cavité). Cinq minutes après l'injection le contact avec le perchlorure de fer produit la teinte bleue caractéristique.

EXPÉRIENCE IV. — Une solution de prussiate de potasse est injectée dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne gauche du même cadavre.

On touche immédiatement avec du perchlorure de fer ; la teinte bleue ne se produit pas. Au bout d'une minute, teinte azurée presque imperceptible. Au bout de deux minutes la teinte est très nette.

EXPÉRIENCE V. — Une solution d'acide acétique au 1/10 est injectée dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne droite d'un cadavre (sexe masculin, adulte, bourse séreuse bien développée, saine). Au bout de cinq minutes on touche la paroi externe avec de la teinture de Tournesol qui rougit immédiatement.

EXPÉRIENCE VI. — Dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne gauche du même cadavre, on injecte de la teinture d'iode. On applique sur la paroi externe de la bourse séreuse un fragment d'amidon.

Au bout de huit minutes le fragment d'amidon présente la teinte bleue caractéristique de l'action de l'iode sur l'amidon.

EXPÉRIENCE VII. — Une solution ammoniacale de carmin, 60 grammes, est injectée dans le tissu cellulaire sous-

cutané de la région postérieure du coude, à cinq centimètres au dessus de l'insertion tricipitale, sur un sujet masculin, 40 ans.

Le lendemain, ouverture de la bourse séreuse rétro-olécrânienne. Le tissu cellulaire environnant est coloré en rouge, et la bourse séreuse rétro-olécrânienne l'est également.

A l'intérieure de la bourse séreuse rétro-olécrânienne une petite quantité de liquide rouge.

Rien dans l'articulation du coude.

De ce qui précède, nous croyons pouvoir conclure que la bourse séreuse est perméable aux liquides, venant du dehors vers sa cavité, où allant de sa cavité vers le dehors.

On pourrait expliquer ainsi la facilité avec laquelle la suppuration de la bourse séreuse rétro-olécrânienne est suivie de phlegmon du membre.

On pourrait se rendre compte aussi du fait singulier suivant dont nous devons la communication à M. le Dr Félizet (1), médecin de l'hôpital Tenon :

Un vieillard, tombe sur le moignon de l'épaule et se fait une fracture du col chirurgical de l'humérus : abolition des mouvements volontaires du bras, dépression au dessous de l'acromion, crépitation étendue et manifeste ; pas d'ecchymose.

Le coude n'a pas été contus ; il ne présente ni ecchymose, ni douleur, ni gonflement.

1. L'observation n'a pas été retrouvée et nous sommes obligés de nous borner à donner la communication orale que nous devons à l'obligeance de M. le Dr Félizet.

Réduction de la fracture, écharpe fixant le bras au tronc et soulevant légèrement le coude.

Le lendemain ecchymose à la partie interne du bras.

Les jours suivants, l'ecchymose est très étendue et a envahi les parties antérieure, interne et postérieure du bras.

Quinze jours après l'accident l'ecchymose du bras a à peu près disparu; l'avant-bras est à son tour ecchymosé, mais à la partie postérieure du coude, au niveau de la face postérieure de l'olécrâne, une tumeur arrondie, fluctuante, indolore, spontanément, peu douloureuse à la pression, occupe exactement le siège de la bourse séreuse rétro-olécrânienne.

Cette tumeur atteint le volume d'une noix. L'articulation du coude n'est pas douloureuse.

Le coude n'ayant pas été contus, il n'y a que la fracture et l'ecchymose consécutive qui puisse être la cause de cet épanchement dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne.

Nous pensons que le sang épanché au milieu du tissu cellulaire, dans toute l'étendue de l'ecchymose, a fourni, par transsudation sa partie la plus liquide, qui a passé à travers les parois de la bourse séreuse rétro-olécrânienne.

Ce liquide a peut-être légèrement irrité la bourse séreuse rétro-olécrânienne qui à son tour a fourni un épanchement séreux, ce qui explique la douleur légère à la pression que présentait la bourse. Ne serait-ce pas quelque chose d'analogue aux arthrites traumatiques du genou survenant à la suite de fractures du fémur, et que

Berger et *Gosselin* expliquent aussi par une irritation de la synoviale, due au sang épanché, et infiltré dans la cavité articulaire ?

Dans notre cas le cal était déjà formé, que l'épanchement de la bourse séreuse rétro-olécrânienne n'avait pas encore disparu complètement.

Ce fait nous a paru fort intéressant au point de vue physiologique, car il tend à prouver la perméabilité de la bourse séreuse rétro-olécrânienne aux liquides, au point de vue pathologique, car il offre une complication curieuse des fractures de l'humérus, une bursite rétro-olécrânienne séreuse, par traumatisme à distance.

Perméable aux liquides, la bourse séreuse rétro-olécrânienne ne semble pas chose bizarre, très perméable aux gaz.

L'air semble assez lentement absorbé par elle. Des bourses séreuses rétro-olécrâniennes que nous avons insufflées étaient retrouvées par nous, le lendemain, pleines d'air et paraissaient offrir un volume presque égal à celui de la veille. Nous avons répété l'expérience avec du gaz à éclairage. Celui-ci nous a paru absorbé plus lentement encore.

VII. — *Régénération de la bourse séreuse rétro-olécrânienne.* — Velpeau semble avoir été le premier à démontrer qu'une cavité close, ayant été supprimée par suture de ses parois, finira par se reproduire si les organes voisins jouissent d'assez de mobilité pour continuer leurs mouvements. Il a vu des exemples de régénération de la bourse séreuse rétro-olécrânienne (1). « Qu'une mala-

1. Velpeau. *Recherches sur les cavités closes*, p. 343.

die de cette cavité vienne à nécessiter une injection irritante, et pendant quelques semaines ou quelques mois, les deux parois en resteront confondues; mais en les cherchant de nouveau, quelques années plus tard, on la retrouvera à peu près comme si elle n'avait jamais cessé d'exister. »

Padiou (1), donne un exemple de reproduction de la bourse séreuse rétro-olécrânienne oblitérée par inflammation et production de bourgeons charnus.

Brodic avait déjà soupçonné ce fait.

De même, la bourse séreuse rétro-olécrânienne, extirpée, peut se reproduire si les mouvements du coude continuent. Elle se réforme comme si elle n'avait jamais cessé d'exister, de la même façon que la première fois à la même place (2).

Gelez et Huberson (3) l'ont constaté.

VIII. — *Fonctions de la bourse séreuse rétro-olécrânienne.* — La bourse séreuse rétro-olécrânienne est un organe tout à la fois de glissement et de protection.

Par son poli relatif et la régularité relative de sa surface, par son humidité, elle facilite les mouvements de l'olécrâne et de la peau, qui se déplacent, glissent l'un sur l'autre et changent de situation l'un par rapport à l'autre. Lorsqu'elle est bien développée et qu'elle recouvre l'insertion tricipitale, elle facilite également le glissement du tendon du triceps sous les téguments. La bourse

1. Padiou. Th. Paris, 1839, p. 37 et suiv.

2. Gelez. *Hist. des membranes séreuses*, etc., *loco citato*.

3. Huberson. Th. Paris, 1837.

séreuse rétro-olécrânienne diminue ainsi les effets irritants du frottement, ainsi que la perte de mouvement qu'il produit.

Lorsque les parois de la bourse séreuse deviennent adhérentes, cette adhérence amène de la gêne dans les mouvements du coude.

Parce qu'elle est un organe de glissement elle est aussi un organe de protection pour les téguments surtout, et aussi pour l'olécrâne lui-même. Bien que siégeant à la surface interne des téguments, elles les protège, car, grâce à la mobilité extrême qu'elle leur donne elle leur permet, pour ainsi dire, de fuir devant le danger.

Cette mobilité des téguments sous-jacent s'est un moyen très réel, très efficace d'éluder l'action contusive des traumatismes extérieurs.

De son côté, l'olécrâne est également protégé par cette surface glissante, qui atténue les chocs et les empêche souvent de frapper perpendiculairement la pointe de l'olécrâne, lequel n'est plus atteint alors que d'une façon oblique.

IX. — *Evolution de la bourse séreuse rétro-olécrânienne.*

— Cette évolution comprend son développement, son accroissement et aussi sa décroissance.

En voie de formation chez le fœtus, chez l'enfant elle arrive peu à peu à la perfection. Elle est généralement parfaite chez l'adulte. Cependant certains anatomistes l'ont trouvée très minime, rétractée, et à peine perceptible (1), comme si son développement avait été arrêté.

1. Coulson. *Medical Times*. London, 1850, p. 581.

Même chez l'adulte, en effet, elle peut se présenter à l'état de développement incomplet, soit parce que sa cavité se s'est pas accrue, soit même parce qu'elle a décréu. Elle ne s'est pas accrue chez les gens dont les mouvements du coude ont été peu considérables, dont les frottements au niveau de l'olécrâne ont été légers et peu fréquents : la bourse séreuse rétro-olécrânienne naît avec le mouvement ou plutôt lui succède ; si les mouvements ont été obscurs, mal définis, la Bourse séreuse rétro-olécrânienne n'aura pas acquis de caractères essentiels. Certains auteurs entr'autres Bielkiewicz, prétendent que la bourse séreuse rétro-olécrânienne est plus développée chez les gens très fortement musclés, et veulent en conclure que c'est le nombre, et la puissance des mouvements de flexion et d'extension alternatives qui amènent le grand développement de la bourse.

Nous ne nions pas que ces mouvements puissent avoir une certaine influence sur l'extension de la cavité bursale ; mais nous ne pensons pas qu'ils en soient la cause principale : ils constituent seulement un adjuvant, car il est incontestable que chez nombre de gens sédentaires, d'employés de bureaux, dont les mouvements ne sont guère nombreux ni violents, dont les membres sont chétifs et peu musclés, la bourse séreuse rétro-olécrânienne est très vaste et très parfaite.

De même, dans nos dissections, ce n'est pas toujours chez les sujets les plus vigoureux et les plus musclés que nous avons trouvé les bourses séreuses rétro-olécrâniennes les plus volumineuses. Chez un homme de 30 ans, dont l'articulation huméro-cubitale droite était ankylosée à angle

droit, chez lequel par conséquent tout mouvement du coude était supprimé, nous avons trouvé, au cours de nos dissections, la bourse séreuse rétro-olécrânienne droite, bien formée, quoique moins vaste que celle du côté gauche, et de plus divisée en trois loges.

Ceci tendrait, croyons-nous, à prouver que dans le développement ou la conservation de la bourse séreuse olécrânienne, les mouvements de flexion et d'extension alternatives du coude ont moins d'influence que le frottement et les pressions au niveau de l'olécrâne.

D'autre part, si la bourse séreuse rétro-olécrânienne peut ou s'accroître ou demeurer stationnaire, elle peut aussi subir une évolution descendante, une régression, qui peut aller jusqu'à la disparition.

Une maladie de la bourse séreuse rétro-olécrânienne, une inflammation des parois, peut amener entre elles une adhérence telle que la cavité sera supprimée.

Ou bien, il pourra se former une prolifération de bourgeons charnus qui combleront la cavité (1).

Mais presque toujours alors la cavité se reformera après un temps plus ou moins long.

Elle pourra également disparaître ou tout au moins arriver à l'état rudimentaire, dans les cas d'impotence fonctionnelle du membre supérieur, qui supprimerait les mouvements de l'articulation huméro-cubitale, et surtout les frottements et pressions au niveau de la bourse séreuse rétro-olécrânienne (paralysie, ankylose).

1. Coulson, *loco citato*. — Velpeau, *loco citato*. — Padieu, *loco citato*.

Chez un sujet de 50 ans environ, dont l'articulation huméro-cubitale était ankylosée, de façon que l'avant-bras et le bras formaient un angle très ouvert, se rapprochant de la ligne droite, la bourse séreuse rétro-olécrânienne sous-cutanée avait disparu. A sa place nous avons trouvé un tissu cellulaire lâche, abondant, avec des lacunes très petites et nombreuses, au sommet de l'olécrâne, donnant à ce tissu un aspect se rapprochant de celui que présente l'écume d'une eau battue, ou bien un liquide insufflé à l'aide d'un tube.

A gauche, la bourse séreuse rétro-olécrânienne existait d'une façon normale, peut-être même plus développée que normalement.

Dans ce cas les mouvements du coude n'existaient plus par suite de l'ankylose. D'un autre côté les frottements et les pressions au niveau de l'olécrâne n'étaient pas plus considérables que sur les autres points de la partie postérieure du bras, le membre formant à peu près une ligne droite. Aussi la bourse séreuse rétro-olécrânienne avait disparu, ou du moins n'était plus qu'à l'état rudimentaire de tissu cellulaire et lacuneux.

PATHOLOGIE

CLASSIFICATION DES MALADIES DE LA BOURSE SÉREUSE RÉTRO-OLÉCRANIENNE.

« La nomenclature est très pauvre en ce qui concerne les bourses séreuses; le terme d'hygroma doit servir seul à désigner presque toutes les affections chroniques, et ce terme est essentiellement banal, puisqu'en réalité, il veut dire seulement : collection liquide enkystée (1).

Le mot « hygroma » employé pour la première fois par *Heister* (2) pour désigner les kystes séreux du cou, a été plus tard appliqué aux épanchements dans les bourses séreuses.

Puis on a conservé la même dénomination à toutes les maladies des bourses séreuses.

Or, est-il possible d'appeler hygroma la transformation calcaire des parois d'une bourse séreuse, l'état de prolifération d'épaississement de ces mêmes parois, alors qu'il n'existe aucun liquide dans la cavité? Faut-il nommer hygroma épanchement de sang dans une bourse séreuse, et la formation de caillots sanguins à sa suite? La production de pus dans cette cavité, au cours des diverses maladies infectieuses, mérite-t-elle d'être assimilée à un kyste séreux?

1. Lejars. *Revue de la tuberculose*, n. 1, p. 43, 1893.

2. Heister. *De tennoribus cysticis singularibus Helmstadt*, 1744.

Nous ne l'avons pas pensé. Pour faciliter notre tâche, nous appuyant sur le desideratum du Dr *Lejars*, nous avons appliqué à la nomenclature des affections de la bourse séreuse rétro-olécrânienne une expression adoptée par les littératures médicales, anglaise, allemande, russe, et que nous avons d'ailleurs retrouvées dans quelques thèses françaises, le mot bursite (arthrite, synovite, bursite).

- | | | |
|---|---|--|
| I. — Bursite traumatique | { | plaie.
plaie contuse.
contusion. |
| II. — Bursite inflammatoire par propagation | { | bursite lymphangitique
bursite furonculaire. |
| III. — Bursite diathésique | { | rhumatisme.
goutte.
saturnisme.
hydrargirisme.
scorbut.
choléra. |
| IV. — Bursite infectieuse. | { | tuberculose.
f. typhoïde.
pneumonie.
oreillons.
grippe.
syphilis.
blennorrhagie. |

Nous divisons ainsi les affections de la bourse séreuse rétro-olécrânienne d'après les causes qui, la plupart du temps, leur impriment un cachet particulier, une physionomie spéciale, tant au point de vue de la clinique que de l'anatomie pathologique, de la pathogénie, de l'hygiène et du traitement.

Nous distinguons les bursites traumatiques, les bursites inflammatoires par propagation, les bursites diathésiques, les bursites infectieuses.

Bien que nous paraissant la plus simple, la plus natu-

relle, cette division n'est pas à l'abri de toute critique, nous le savons.

La bursite est rarement le produit d'une cause unique.

La bursite traumatique, par exemple, n'est pas toujours due exclusivement au traumatisme : bien souvent, presque toujours, surtout pour les cas chroniques, on peut incriminer une prédisposition, une diathèse : la bursite proliférante, la bursite calcaire, la bursite séreuse simple elle-même, se produisent le plus généralement chez des rhumatisants, des arthritiques, ou des personnes ayant des prédispositions à cette diathèse, ce que prouvent d'ordinaire les antécédents tant personnels qu'héréditaires, et les affections subséquentes du sujet. Le même traumatisme chronique ne produira pas chez d'autres personnes non arthritiques cette bursite chronique.

La bursite suppurée peut n'être parfois due qu'à un traumatisme ; mais chez le diabétique, l'albuminurique, l'alcoolique, tel traumatisme amènera une suppuration dans la cavité de la bourse séreuse, et n'en aurait pas produite chez un individu indemne de ces tares diverses.

L'hématome par traumatisme reconnaît pour cause habituelle et unique un heurt violent. Mais, chez le vieillard, ou l'alcoolique (tous deux athéromateux), chez l'hémophilique, un traumatisme, insignifiant pour tout autre, donnera lieu à un épanchement sanguin dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne.

S'agit-il des affections de la bourse séreuse rétro-olé-

crânienne consécutives à une inflammation par propagation, par voisinage ?

Une bourse séreuse rétro-olécrânienne pourra s'enflammer à la suite d'une lymphangite, due elle-même à une plaie, un furoncle, une plaque d'eczéma, etc... Mais, bien des lymphangites du bras n'amènent plus de lésions de la bourse séreuse rétro-olécrânienne. Chez le diabétique, l'albuminurique, une suppuration de la bourse suit presque infailliblement une lymphangite du bras, et dégénère souvent en phlegmon.

De même dans les maladies de la bourse séreuse rétro-olécrânienne, diabétiques, infectieuses, nous retrouverons fréquemment à l'origine un traumatisme accidentel ou professionnel, aigu ou chronique, presque toujours si léger qu'il a passé inaperçu du malade.

Et même, quand on ne peut signaler dans les antécédents un traumatisme, ne peut-on pas dire que la bourse séreuse rétro-olécrânienne du seul fait de sa situation anatomique, et de son rôle physiologique, est fatalement astreinte aux contusions et heurts, insignifiants en apparence, mais, produisant dans son tissu une modification sérieuse, une prédisposition morbide, qui fait d'elle un « *locus minoris resistentiæ* », un théâtre propice aux manifestations diathésiques, un habitat éminemment favorable à l'évolution des infiniments petits des maladies infectieuses. C'est ainsi que la bourse séreuse rétro-olécrânienne par le seul fait du travail auquel elle est soumise sera un siège de prédilection pour les manifestations de la goutte et du rhumatisme. De même cette cavité sera fréquemment envahie par les épanchements san-

guins chez les scorbutiques, même sans traumatisme apparent, on ne peut dire « sans traumatisme », car la bourse séreuse rétro-olécrânienne en subit toujours.

Il en va de même dans la syphilis, soit secondaire, soit tertiaire. Le traumatisme inévitable de la bourse séreuse rétro-olécrânienne en fait un siège de prédilection des gommès ou d'un épanchement séreux.

D'autre part, le bacille de Koch, lui aussi, se logera d'autant plus volontiers dans cette bourse séreuse, que le traumatisme lui y fait pour ainsi dire son lit. Il n'en sera pas différemment dans les cas de suppuration de la bourse séreuse rétro-olécrânienne au cours des autres maladies infectieuses (pneumonie, fièvre typhoïde, oreillons, etc...)

Toutes les maladies de la bourse séreuse rétro-olécrânienne pourraient donc, à la rigueur, être qualifiées de traumatiques. Mais ne serait-ce pas là un abus de mots ? Ne voit-on pas que dans nombre de cas le traumatisme peut, à lui seul, et sans aucune prédisposition morbide, produire une affection de la bourse séreuse rétro-olécrânienne ? Que dans d'autres cas, s'il est associé à d'autres causes, celles-ci sont presque insignifiantes par rapport à lui, qu'il domine, et nécessite presque exclusivement l'attention ?

N'y a-t-il pas, en revanche, d'autres cas où le traumatisme n'en est pas un à proprement parler, où il n'est que le fonctionnement normal de la bourse, soumise aux glissements, pressions et frottements que la vie journalière lui impose ? Parfois, sous l'influence de la goutte, du rhumatisme, la bourse séreuse rétro-olécrânienne

devient malade, sans que l'on puisse invoquer un choc, un heurt, une violence au niveau de cette cavité.

Nous avons donc pensé que notre classification pouvait subsister malgré ces critiques.

Nous avons appelé *bursites traumatiques* celles dont la cause manifeste, dominante, parfois exclusive, est le traumatisme; *bursites inflammatoires par contiguité*, celles qui sont dues au voisinage d'une affection voisine (lymphangite, furoncle); *bursites diathésiques*, celles qu'on relève dans certaines diathèses, telles que la goutte, le rhumatisme, le saturnisme, alors qu'aucun traumatisme apparaît, ne peut être incriminé, alors que la manifestation bursale possède les caractères, portent la griffe de cette diathèse d'une façon évidente : épanchement uraté et tophus de la goutte, épanchement rapide, éphémère, mobile du rhumatisme, épanchement sanguin, ecchymose du scorbut.

Enfin nous avons appelé « *infectieuses* » celles qui surviennent dans les maladies infectieuses, sans qu'on ait le droit d'invoquer un choc ou un heurt de nature quelconque, et où l'on trouve dans le liquide de la bourse séreuse le microbe de l'affection générale qui frappe le malade, ou bien, lorsque la marche de la bursite est calquée sur celle des autres manifestations de la maladie, comme dans les *ourles*.

Nous passerons sous silence les *plaies* et les *plaies contuses* de la bourse séreuse rétro-olécrânienne, qui ne donnent lieu à aucune considération spéciale, et nous aborderons directement les affections de la bourse séreuse rétro-olécrânienne dues aux *contusions*.

1° Bursites traumatiques.

- | | | |
|----------------------------|---|---|
| I. — Bursites aiguës. | { | 1° Bursite congestive simple. |
| | | 2° Bursite congestive avec épanchement séreux. |
| | | 3° Epanchement sanguin. |
| II. — Bursites chroniques. | { | 1° Bursite séreuse simple. |
| | | 2° Bursite proliférante. |
| | | 3° Bursite calcaire. |
| | | 4° Bursite hématique ou hématoçèle de la bourse séreuse rétro-olécrânienne. |

I. — BURSITES AIGUES.

1° *Bursite congestive simple.* C'est le degré le moins avancé de la bursite. Elle consiste en une simple dilatation des vaisseaux, sans épanchement dans la cavité.

Le traumatisme dans ce cas n'a pas été généralement violent : « Certains traumatismes, si légers qu'ils n'ont laissé aucune trace, amènent des douleurs spontanées dues à la synovite de la bourse séreuse (1). »

2° *Bursite congestive avec épanchement.* L'intensité est plus prononcée. Outre la dilatation des vaisseaux, il existe une transsudation abondante de liquide.

Cet épanchement atteint souvent le volume de la moitié d'un gros œuf : la tumeur est ovoïde, régulière, appliquée à la face postérieure de l'olécrâne. Les parois ne sont pas épaissies. Dans certaines observations on signale le fait que la bourse séreuse rétro-olécrânienne n'est pas complètement pleine, et qu'elle offre la sensation d'une vessie à demi remplie de liquide, mais ne contenant pas d'air (2).

1. Pingaud. *Loco citato*.

2. Bleyne. Th. Paris, 1865, n. 9.

Quand la bourse séreuse rétro-olécrânienne est cloisonnée la fluctuation est obscure.

Sa tumeur peut s'ulcérer, s'évacuer au-dehors. Une fistule peut s'organiser.

L'épanchement séreux peut se transformer en épanchement purulent.

Cette terminaison est beaucoup plus fréquente dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne que dans les autres bourses séreuses. (*Reclus, Nélaton, Dupuytren, Chassaignac*) (1).

3°. *Epanchement sanguin* (2). Il se produit une déchirure des vaisseaux que nous avons vu ramper à l'intérieur de la bourse séreuse rétro-olécrânienne, où dans l'épaisseur de ses parois. Le sang trouve une cavité toute prête à le recevoir, et n'ayant à vaincre aucune résistance, il s'accumule promptement en quantité notable dans la poche. La tumeur est molle, fluctuante, ovoïde, régulière, occupe la face postérieure de l'olécrâne. Au bout de quelques heures, il se forme des caillots qui s'écrasent sous le doigt avec une crépitation particulière. Le siège de la tumeur, sa forme, sa production rapide après le traumatisme, la crépitation sanguine, l'ecchymose, ne laissent aucun doute sur la nature de la tumeur. La plus légère contusion de la bourse séreuse rétro-olécrânienne peut déterminer une tumeur sanguine chez les hémophiles, qui parfois même y seraient sujets sans traumatisme (3).

1. Voir Bielkiewicz. *Loco citato*, p. 209, et Péan. *Lec. clin. chir.*, 1888, p. 331.

2. Bielkiewicz. *Loco citato*, p. 209.

3. Besaucèle. Th. Paris, 1874, n. 33.

Un nouveau traumatisme peut augmenter la tumeur déjà existante.

Que devient le sang épanché dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne. Lorsque les parois de la bourse séreuse rétro-olécrânienne sont peu épaisses, que l'épanchement est peu abondant, la résorption du sang, ou tout au moins son infiltration dans les mailles du tissu cellulaire voisin, peut s'effectuer. Dans ce cas, la terminaison sera aussi simple que possible, et le sang extravasé rentrera dans la circulation, sans avoir subi de modification importante, ou se comportera comme il le fait dans une ecchymose. Le cas est rare, mais moins rare pour la bourse séreuse rétro-olécrânienne que pour la bourse séreuse prérotulienne (1).

Généralement, comme la bourse séreuse rétro-olécrânienne a des parois assez denses, celles-ci s'opposent à la résorption du sang épanché. Le sang se mélange aux produits de sécrétion de la bourse séreuse rétro-olécrânienne, autre cause susceptible, d'après tous les auteurs de retarder ou d'empêcher la résorption du sang (2). Le sang peut rester liquide et demeure fort longtemps sans se modifier (*Virchow, Reclus*). Le plus souvent il se forme un caillot d'aspect variable, ou une bouillie d'un brun-rougeâtre ou gélatiniforme.

L'épanchement peut aussi devenir purulent (3).

Cette terminaison surviendrait surtout chez les débili-

1. Trélat. *Bull. Soc. Anat.*, août 1860, p. 340.

2. Lemarignier. Th. Paris, 1886. *De l'évolution des hématomes chroniques*.

3. Péan. *Lec. clin. chir.*, p. 244, 1892.

tés, les alcooliques, les diabétiques, les gens âgés, les hydropiques (1).

Bleynie et Kœberlé (2) font remarquer que lorsque le sang épanché fait irruption dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne, il s'y accumule librement, avec rapidité, et donne lieu à des tumeurs sanguines qui peuvent quelquefois masquer des lésions plus profondes, ainsi qu'il peut arriver à la suite d'une contusion du coude, compliquée de fracture de l'olécrâne. On doit donc songer dans les traumatismes du coude, à cette cause d'erreur de diagnostic ; fréquemment en effet, dans les fractures de l'olécrâne, par cause directe un épanchement sanguin se produit dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne (Obs. Bleynie, n. 1).

OBSERVATION I

(Bleynie. th. Paris, 1865, n. 91.)

Fracture de l'olécrâne avec contusion simple de la bourse séreuse rétro-olécrânienne (Hôp. Beaujon, Serv. Malgaigne. Entré le 8 mars).

P... M... S..., 68 ans, peintre en bâtiments, tombé d'omnibus, l'avant-bras en flexion.

A son entrée, ecchymose énorme qui *empêche de reconnaître la fracture*.

L'ecchymose occupe toute la moitié supérieure et postérieure

1. Besaucèle. Th. Paris, 1874, n. 33. — Hévien. *Cours de pathologie et thérap. chirurg.*, 1785. T. I, p. 207 et suiv.

2. Bleynie. Th. Paris, 1865, n. 9. — Kœberlé. *Nouv. dict. méd. et chir. prat.* Art. *Bourse séreuse*, p. 480.

de l'avant-bras. La bourse celluleuse rétro-olécrânienne est distendue par du liquide.

Lorsque le gonflement des téguments a disparu, on sent à la partie moyenne de l'olécrâne une rainure transversale plus large à la partie interne, et augmentant un peu dans la flexion du bras. L'écartement offre un centimètre.

21. — Ce qui empêche de sentir le déplacement, c'est que la bourse celluleuse est très douloureuse et distendue par du liquide : la crépitation est encore peu évidente ; très peu de mobilité anormale. On ne peut constater si l'extension est limitée, parce qu'elle n'était plus normale depuis longtemps, ce malade ayant été atteint de paralysie saturnine. Il y a un peu de douleur articulaire. Cataplasmes ; on place le bras dans une gouttière, au treizième jour, 21 mars, appareil, dans l'extension incomplète.

13 mai. — Le malade part pour Vincennes ; il y a toujours à l'olécrâne une rainure transversale et un liquide dans la bourse celluleuse olécrânienne (1).

II. — BURSITES CHRONIQUES.

Les pressions fréquentes, les traumatismes légers mais répétés, amènent dans les parois de la bourse séreuse rétro-olécrânienne des modifications variées, et produisent parfois dans sa cavité diverses espèces d'épanchements.

1. On trouve dans l'*Union médicale*, p. 26, une observation (de Saucerotte) analogue, dans laquelle un épanchement sanguin de la bourse séreuse rétro-olécrânienne masqua les signes sensibles de la fracture de l'olécrâne.

Ces contusions chroniques donnent naissance selon leurs variétés d'intensité, de fréquence, selon le terrain sur lequel elles agissent, à des lésions, assez nettement différenciées, de la bourse séreuse rétro-olécrânienne. On peut les classer de la façon suivante :

I. — Bursite chronique séreuse simple.

II. — Bursite proliférante.

III. — Bursite calcaire.

IV. — Bursite hématique (ou hématocele de la bourse séreuse rétro-olécrânienne.

Il existe entre ces variétés de lésions chroniques de la bourse séreuse rétro-olécrânienne des intermédiaires. On trouve, par exemple, des bourses séreuses rétro-olécrâniennes présentant à la fois des proliférations et des incrustations calcaires. Mais souvent les types sont nettement tranchés.

A. — *Bursite séreuse simple (chronique).*

Jusqu'en 1767, les épanchements produits dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne et d'une façon générale, les lésions de cette bourse sont confondues par tous les auteurs (1) avec les loupes, les stéatomes, les kystes, etc.....

1. Ingrassias. *De tumoribus*. Neapoli, 1553, in-folio. — Ruff. *Libellus de tumoribus quisdam*. Zurich, 1556. — Fallope. *De tumoribus*. Venise, 1563, p. 160 au verso. — Saporita. *De tumoribus præter naturam*. Lyon 1624.

Cependant, quelques auteurs (1) paraissent avoir donné une description assez spéciale de la bursite séreuse simple rétro-olécrânienne. Mais, le premier, en 1767, Gooch en a donné une description exacte et l'a définie, et s'il l'a localisée dans le tissu cellulaire sous-cutané, c'est qu'il ignorait que dans ce tissu, au niveau de la face postérieure de l'olécrâne, il existait une cavité close (2).

Camper (3) a le mérite de préciser le siège de cette affection, qu'il localise dans la bourse séreuse (marsupia) rétro-olécrânienne. Il remarque que cette maladie survient chez les animaux, et particulièrement chez les chevaux qui ont l'habitude de se tenir couchés dans les écuries, et dont le sabot du membre postérieur vient continuellement presser et heurter la bourse séreuse rétro-olécrânienne.

Bell, Herwig, Koch, Monro, Rosenmuller étudient tour à tour cette affection. Boyer (4) lui donne encore le nom de « loupe ». « Il survient quelquefois sur l'olécrâne, à la suite d'une pression prolongée, une « tumeur enkystée » qui a son siège dans le tissu cellulaire de cette région ».

1. J. Vigier. *Grande chirurgie de tumeurs*. Lyon, 1657, in-8, chap. XIX, p. 104, 105, chap. XV, p. 82, 83, 85. — Fabrice d'Acquapendente. *Œuvres chirurgicales*. Lyon, 1649, traduct. anonyme, p. 843 et 855.

2. Gooch. *A practical treatise on worms*. Norwich, 1767. Vol. II, p. 266.

3. Camper. *Œuvres de Camper*. Paris, 1803, 2^e vol., p. 325 et *Mém. et histoir. Soc roy. méd.*, 1784, p. 46.

4. Boyer. *Traité des maladies chirurgicales*, 1814. T. II, art. XII. *Des loupes*, p. 347 et suiv.

Cloquet (1) lui donne le nom de « *ganglion* ».

Il existe deux formes anatomiques de cette bursite séreuse simple chronique. Il est important de les différencier, car leur traitement n'est pas le même.

Tantôt les parois de la poche sont très minces, la fluctuation très franche, et il n'y a que du liquide dans la cavité. Tantôt les parois sont plus ou moins épaisses et résistantes, et il peut arriver que les parties solides l'emportent sur les parties liquides (2).

Dans le premier cas on peut obtenir la guérison par la ponction suivie de l'injection iodée.

Dans le second, les parois n'étant pas dépressibles, ne peuvent plus revenir sur elles-mêmes; elles demeurent rigides après la ponction, et dans ce cas, une injection iodée serait presque certainement suivie d'accidents. Il faut donc avoir recours à l'*extirpation*, soit, après ouverture large, par le grattage avec la curette tranchante, méthode infidèle qui expose à des récidives, soit par l'ablation totale, au moyen de la dissection de la bourse séreuse rétro-olécrânienne. Cette méthode est d'autant préférable qu'au niveau de l'olécrâne, on n'a pas, comme au genou, à craindre des prolongements de la synoviale articulaire. L'incision de la peau ne devra être ni médiane, ni cruciale, parce que cette cicatrice serait exposée au coude à de nombreuses contusions.

Il est préférable de faire une incision demi-circulaire à concavité dirigée vers l'épaule. On a ainsi un lambeau,

1. Cloquet. *Archiv. génér. médec.* T. IV, 1824, p. 232 et suiv.
Notes sur les ganglions.

2. Duplay. *Unio. i medic.* Paris, 1891, 3^e s. II, p. 308-312.

qu'on dissèque, qu'on peut relever, pour arriver sur la tumeur, et qu'on peut abaisser ensuite.

D'habitude une contusion aiguë produit une bursite aiguë, tandis qu'un traumatisme léger, mais fréquent ou continu (traumatisme professionnel), donne naissance à une bursite chronique.

Par exception un heurt brusque, violent, un seul choc, peut donner lieu à une bursite chronique (1).

Dans certains cas, le traumatisme qui a donné naissance à la bursite chronique est si léger que le malade ne s'en est pas aperçu, n'en a pas souvenir (2).

Une bursite séreuse après avoir été aiguë peut devenir chronique (3).

B. — *Bursite proliférante.*

Cette forme curieuse de la bursite plastique chronique a été observée dès le début de l'histoire des bourses séreuses sous-cutanées.

Déjà, en 1767, Camper la signalait :

En 1782, il en observe une semblable qu'il appelle « loupe ».

Bromfield, Ford, Monro, Herwig, Koch, Cloquet, Schreger, Velpeau, Bielkiewiez, J. Roux, Geoghegan,

1. Cabaret et Péan en donnent chacun une observation. Cabaret. *In Journ. connaiss. médic. chirurg.* Paris, 1844, XI, p. 227. — Péan. *Lec. clin. chir.*, 1890, p. 491.

2. Péan. *Lec. clin. chir.*, 1892, p. 526.

3. *Id. Lec. clin. chir.*, p. 531 et suiv.

Béraud, signalent tous la présence de certains corps cartilagineux dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne (1).

Béraud le premier constate que les bourses séreuses peuvent s'enflammer sans donner lieu à épanchement de liquide, et présenter des lésions analogues à celles de l'arthrite sèche.

Pingaud (2) fait la même remarque.

M. le professeur Panas (3) a montré que l'on devait considérer l'arthritisme comme une cause puissante de prédisposition à la bursite proliférante, et même à la bursite chronique simple.

Trélat (4) et surtout Duplay (5) (1891) donnent de remarquables descriptions de la bursite proliférante en général et rétro-olécrânienne en particulier.

Etiologie et pathogénie. — La bursite proliférante sur-

1. Bromfield. *Chirurg. observat. and cases*. Londres, 1779, in-8, 2 vol. — Ford. *Medic. observat. and inquiries by a society of physicians*, vol. V. — Monro. *Loco citato*. — Herwig. *De morbis mucosarum bursarum*, 1795. *Dissert. Gœttingue*. T. II, pars. III, p. 14. — Koch. *Dissert. de bursis mucosis. In Franck opero-méd.* T. X, p. 161. — J. Cloquet. *Arch. gén. méd.* T. IV, p. 232 et suiv., 1824. — Schreger. *De bursis mucosis subcutaneis*. Erlang, 1825, p. 33. — J. Cloquet. *Arch. gén. méd.* T. IV, 1824, p. 314. — Velpeau. *Anat. chir.*, 1826, 1 vol. p. 381. — Bielkiewiez. *Loco citato*. — Jules Roux. *Gaz. méd.* Paris, 1841, p. 25. — Geoghegan. *Dublin med. Press*, 1846, p. 228. — Béraud. *Gaz. méd.* Paris, 1852, p. 74.

2. Pingaud. *Dict. sc. méd.* Art. Coude.

3. Panas. *In th. Raboulin*. Paris, 1875.

4. Trélat. *Gaz. hopit.*, 1832, p. 618.

5. Duplay. *De l'hygroma olécrânien. Union médicale*, 1891, p. 308-312.

vient à la suite de traumatisme aigu, assez rarement, pensons-nous, chronique très fréquemment.

Dans les quatre observations de bursite proliférante, que nous réunissons ici, nous voyons à l'origine des traumatismes chroniques.

Bielkiewicz prend soin de nous avertir que le sujet qu'il nous présente avait « passé sa vie dans de rudes travaux ».

Le malade de J. Roux est un matelot, et nous savons par Jules Roux lui-même, et par nombre de médecins de la marine, que les matelots sont exposés, par leur profession même, à des contusions et froissements chroniques fréquents des coudes et des genoux.

Le client de Castex est un employé de bureau, et comme tel « avait l'habitude de s'appuyer avec son coude sur son bureau ».

Nous présentons enfin l'observation d'une bursite proliférante chez un maçon dont le coude frottait et heurtait continuellement la pierre à tailler.

Si le frottement, le heurt chronique produit la bursite proliférante, c'est souvent à la suite d'un heurt plus aigu que l'attention du malade est attirée sur son coude. Il en est ainsi chez le malade de Castex et chez notre maçon.

Le traumatisme étant la cause déterminante, sur quel sol se développera la bursite proliférante ?

L'anatomie pathologique et l'observation clinique tendent à prouver que cette affection se verra chez les rhumatisants, d'une façon générale chez les arthritiques, ou chez les gens prédisposés à cette diathèse.

Déjà en 1852, Béraud assimilait les lésions de certains

hygromas aux lésions de l'arthrite sèche, de l'arthrite déformante.

Le professeur Panas considère l'arthritisme comme cause de prédisposition à la bursite chronique en général, à la bursite proliférante en particulier.

Le Dr Reclus déclare que l'influence du rhumatisme est incontestable (*Manuel de pathologie externe*). Chandelux (1) constate que « le rhumatisme peut donner lieu aux synovites sèches, proliférantes, déformantes ».

Le Dr Lejars (2) affirme que « l'hygroma proliférant relève d'un processus identique à celui de l'arthrite sèche ».

Les altérations de la bourse séreuse sont, en effet, dans ce cas fort semblables à celles de la synoviale articulaire dans l'arthrite sèche (3).

Dans les deux premières observations que nous relations il n'est pas dit que les sujets fussent rhumatisants ou arthritiques.

L'un était robuste, athlétique, âgé ; l'autre de « constitution forte et sanguine ».

Mais, dans celle de Castex, nous relevons cette phrase : « le malade a eu quelques douleurs rhumatismales ».

Quant au maçon dont nous avons étudié le cas, non seulement il a eu des douleurs articulaires au genou à la suite d'un bain froid, mais son père, sa mère et l'un de ses frères sont rhumatisants aussi.

1. Chandelux. Th. agrég., 1883, p. 116.

2. Lejars. *Tubercul. des bourses sereuses*. In *Recue de la tuberculose*, 1893, n. 1, p. 50.

3. Moynac. *Eléments de pathol. chirurg.*, p. 80.

On ne peut, sans doute, pas dire que la bursite proliférante est une bursite rhumatismale au même titre que la bursite séreuse aiguë rhumatismale, mais on peut croire, avec justes raisons, que si le traumatisme est la cause déterminante, l'arthritisme est la cause prédisposante.

Le traumatisme est l'origine de la bursite, l'arthritisme est l'état qui incline la bursite à prendre la forme proliférante.

Anatomie pathologique. — Les parois de la bourse séreuse rétro-olécrânienne sont plus ou moins épaissies, vascularisées, irrégulières, accidentées à leur face interne, recouvertes de végétations dendritiques, de franges hypertrophiées, segmentées de brides, hérissées de sailies proliférantes, au milieu desquelles on trouve des cellules cartilagineuses, du tissu fibreux incrusté parfois de sels calcaires.

Ces productions nouvelles, ces sortes de papilles sont tantôt sessiles, tantôt pédiculées.

Lorsque l'isthme qui les retient à la paroi est étroit, il peut se rompre et l'on a des corps flottants souvent fort durs, formés de tissu fibreux, dans lequel on trouve des éléments cartilagineux, des points osseux, d'autres crétacés : ces petits corps grisâtres, irréguliers, mamelonés sont rarement nombreux et peuvent atteindre un assez fort volume.

Ils nagent parfois dans un liquide plus ou moins abondant, plus ou moins filant, de teinte qui varie du jaune ambré au jaune verdâtre.

Parfois le liquide est en quantité très faible ; parfois même il n'en existe pas (Béraud, *loco citato*).

Quant à l'examen histologique de la bursite proliférante, il est fait d'une façon très détaillée, dans l'observation de Castex, par le Dr de Gennes. Nous donnons cette observation intéressante dans son entier.

Symptômes et diagnostic. — Les symptômes de la bursite proliférante sont ceux de la bursite chronique en général : tumeur localisée au sommet de l'olécrâne, hémisphérique, plus saillante quand la malade fléchit le coude. Peau normale comme couleur, température, aspect.

Peu de douleur, même à la pression ; la peau n'adhère pas à la tumeur, qui est molle, présente une fluctuation plus ou moins nette, selon que le liquide est rare ou abondant, selon que les parois sont épaisses ou minces. De plus, au palper on constate des irrégularités, des élevures saillantes, développées dans l'intérieur de la poche.

Lorsqu'on explore attentivement, et en particulier la paroi profonde, on fait naître parfois des sortes de frottements amidonnés.

On perçoit sous le doigt des corps arrondis ou irréguliers, mobiles ou maintenus par un pédicule.

Le diagnostic est en général facile : la fluctuation annonce une tumeur liquide ; l'absence de rougeur, de chaleur, de douleur, montre qu'il n'y a pas de pus ; la non-adhérence de la peau éloigne toute idée de tumeur maligne.

On devra, dans le cas d'existence du frottement ami-

donné, ne pas le confondre avec la sensation de caillots sanguins écrasés sous le doigt ; les commémoratifs peuvent aussi, dans ce cas, éclairer le diagnostic.

On peut confondre la bursite proliférante avec la bursite tuberculeuse à grains riziformes. Le diagnostic différentiel peut parfois être délicat. Il faut se garder de prendre les grains hordéiformes pour les corps libres ou encore adhérents de la bursite proliférante : le pronostic est complètement différent dans les deux cas.

D'abord, les grains riziformes sont en général très nombreux dans la cavité de la bourses séreuse quand ils existent ; les corps libres ou pédiculés sont peu nombreux, de forme plus irrégulière et de volume généralement plus considérable. Dans la bursite à grains riziformes la crépitation amidonnée existe toujours ; on l'obtient rarement dans la bursite proliférante. Les parois de la bourse contenant les corps hordéiformes, sont moins épaissies, plus lisses, plus souples, que celles de la bourse séreuse rétro-olécrânienne atteinte de bursite proliférante.

Enfin, les bursites rétro-olécrâniennes à grains riziforme se rencontrent habituellement chez les gens porteurs d'autres lésions tuberculeuses, tandis que dans le cas de bursite proliférante le patient est dans un excellent état de santé générale ou bien présente des manifestations rhumatismales ou des symptômes d'arthritisme.

Dans certains cas de bursite proliférante rétro-olécrânienne et aussi dans certaines bursites séreuses chronique, avec épaississement partiel de la paroi, il peut arriver qu'au palper on sente une rainure large et profonde (sur la face postérieure de l'olécrâne), pouvant être con-

fondue avec une véritable solution de continuité de l'os.

Ce sont des épaissements partiels, plus ou moins étendus, parfois occupant toute la largeur de la face profonde de la bourse, placés côte à côte, allongés parallèlement, avec un sillon médian, qui pourront donner lieu à cette erreur. Un de nos plus distingués chirurgiens des hôpitaux a bien voulu nous faire étudier cette singularité sur son propre coude.

Nous l'avons notée ensuite dans l'observation n° V, où le fait était très net (1).

Cette rainure peut être due également à deux colonnettes fibreuses, à deux brides parallèles, laissant entre elles un sillon médian.

Parfois un épaissement partiel, unique, formant saillie, constitue une sorte de crête, pouvant faire croire à une exostose.

Traitement. — Le pronostic de la bursite proliférante étant bénin, il semblerait que les méthodes sanglantes devraient être exclues du traitement de ces affections. Cependant on ne doit pas toujours les écarter.

Sur les quatre observations que nous citons, deux semblent avoir cédé à l'application de la teinture d'iode, ou d'un vésicatoire. Mais, outre que chez ces deux malades la paroi de la bourse séreuse n'était pas très épaisse

1. Dans une observation de la thèse de Bleyne (1865), n. 9, on lit : « La fluctuation est très évidente (dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne) ; on sent sur l'olécrâne de petites saillies dont les unes affectent la direction verticale, d'autres la direction horizontale, de manière à simuler une fracture en croix.

encore, nous pensons que ces deux sujets n'ont pas été ou ne sont pas à l'abri d'une prompte récédive.

La bursite proliférante peut acquérir un grand développement, et devenir horriblement gênante, au point d'interdire tous mouvements du coude.

A la suite d'une chute elle peut devenir le siège d'épanchements sanguins qui augmentent la tension, la tendance aux transformations, ou amener de la suppuration, un phlegmon diffus du membre supérieur.

Lorsque la paroi est légèrement épaissie, il ne faut pas compter sur les topiques extérieurs pour faire rétrograder une poche ainsi organisée ; à peine pourraient-ils, combinée avec le repos, amener une amélioration passagère.

Il ne faut pas songer davantage à la ponction de la bourse, avec injection iodée consécutive.

Ce traitement ne peut réussir que si les parois sont minces, dépressibles, et lorsqu'il n'existe pas de corps étrangers libres ou pédiculés.

La destruction de la poche s'impose donc : on a recours à l'extirpation totale de la bourse, par la dissection des parois et l'énucléation complète.

OBSERVATION II

Bielkiewicz, *in collectanea medico-chirurgica caesareae
academiae-vilnensis* 1838, p. 158.

Le cadavre d'un homme athlétique de soixante-dix ans, dont la vie s'était passée dans de rudes travaux, ayant été livré aux dissections, dans l'amphithéâtre de notre académie, je trouvai la

bourse muqueuse sous-cutanée de l'olécrâne dans des conditions morbides : la peau dans cette région était épaisse, très rugueuse, d'un rouge bleuâtre ; ceci nous fit soupçonner au premier abord l'état pathologique de la bourse muqueuse sous-cutanée.

Celle-ci ayant été insufflée présenta une tumeur oblongue, anguleuse, de plus de deux pouces de long, et large, d'un demi pouce.

L'incision de cette tumeur montra que les parois de la bourse avaient près d'une ligne d'épaisseur, et qu'elles étaient raboteuses à leur surface interne ; dépourvues de leur brillant naturel, « *recouvertes de proéminences granuleuses d'un blanc jaunâtre* » (telles que sont celles dont est couverte la membrane séreuse qui enveloppe le foie chez les ascitiques), et parcourues en certains points par de nombreux vaisseaux gorgés de sang ; il y avait çà et là des flocons puriformes, les uns libres, les autres adhérents à la synoviale, s'étendant de l'une de ces parois à la paroi opposée, diversement unis entre eux, d'origine plus ou moins ancienne, constituant en certains points des lamelles molles, des pseudo-membranes, en un mot, provenant d'une exsudation plastique (comme l'inflammation en produit dans la cavité de toutes les séreuses), formant des ligaments, dans d'autres points de véritables lanières fibreuses.

C'était là autant de points prouvant avec évidence l'existence d'une inflammation antérieure de la bourse. D'ailleurs, la bourse sous-cutanée du coude opposée était dans un état parfaitement normal.

OBSERVATION III

J. Roux, in *Gaz. méd.*, Paris, 1844, p. 25.

Le 18 septembre, B... F..., quartier-maître calfat, 30 ans, constitution forte et sanguine, vient réclamer mes soins. Il portait

depuis plusieurs mois sur l'olécrâne du côté gauche une tumeur qui depuis quelque temps rendait douloureuse et imparfaite la flexion de l'avant-bras sur le bras.

Cette tumeur, de la grosseur d'un œuf de pigeon, était le siège d'une fluctuation manifeste, qu'il était facile de sentir à travers la peau amincie qui la recouvrait. Elle reposait sur la partie la plus saillante de l'apophyse olécrânienne à laquelle elle semblait adhérer.

Un examen attentif de cette tumeur, de son volume, de sa consistance, du liquide qu'elle contenait, et qui paraissait être séreux, nous fit distinguer dans sa cavité *deux petits corps durs, libres, l'un de la grosseur d'une petite amande, l'autre semblable à un grain d'orge*. La peau avait conservé sa coloration naturelle.

Un vésicatoire fut appliqué sur la tumeur. Les jours suivants les pansements entretenirent une abondante suppuration.

Le lendemain 19. — La tumeur avait diminué de moitié.

Aussi, fut-il bien plus facile d'examiner la disposition des corps qui flottaient dans sa cavité.

Les 20, 21, 22. — La collection séreuse continue à diminuer ; la surface du vésicatoire se ride.

Le 25. — Il ne reste plus dans la tumeur qu'une faible quantité de liquide, qui disparut complètement.

Le 26. — Huitième jour de l'application du vésicatoire. Jusqu'à ce jour, pas de récurrence.

Je viens de m'assurer que les deux petits corps qui flottaient dans la tumeur se sentent encore sous la peau, qu'ils paraissent avoir contracté des adhérences avec les parois de la bourse séreuse. Mais leur volume est évidemment moins grand que lorsqu'ils étaient libres dans la tumeur.

OBSERVATION IV

A. Castex, *in Progrès médical*, Paris, 1886, 2 s., IV, p. 661.

X..., employé de bureau, 50 ans, a toujours joui d'une bonne santé, *a eu quelques douleurs rhumatismales*.

Dans les premiers jours de février 1886, se contusionna le coude gauche. Trois ou quatre jours après, il y constatait une petite saillie du volume d'une noix. Quelques applications de teinture d'iode restèrent sans effet.

Je l'examinai six semaines après. La région olécrânienne était le siège d'une tuméfaction hémisphérique, qui imposait immédiatement le diagnostic : hygroma. Il était bien probable, et l'examen de la pièce l'a nettement établi, que l'affection existait de longue date, et que le traumatisme survenu n'avait servi qu'à en révéler la présence.

Le malade avait du reste l'habitude de s'appuyer avec son coude sur son bureau.

Comme cette petite tumeur le gênait passablement et avait menacé, à plusieurs reprises, de s'enflammer, je lui proposai d'en faire l'ablation.

Après chloroformisation je fis une incision verticale passant sur le milieu de la tumeur, et dès que j'eus franchi la peau, qui y adhérait dans le centre, je procédai attentivement à la dissection de l'une et l'autre lèvres de l'incision. La séparation fut d'abord laborieuse et incertaine, mais, j'arrivai bientôt sur un plan celluleux, grâce auquel il me fut facile de suivre les parois épaissies de l'hygroma. Je redoublai d'attention au voisinage, pour éviter d'ouvrir les culs-de-sac synoviaux, et l'hygnoma fut entraîné, non sans avoir été ouvert au dernier moment par un coup de bistouri malheureux. Je drainai la plaie, mis six points de suture,

recouverts d'un pansement de Lister. Six jours après, cicatrisation complète, sans trace de suppuration

L'examen de la pièce a bien montré qu'il s'agissait d'un hygroma-olécrânien. Il contenait deux cuillerées à café environ d'un liquide transparent, verdâtre et filant. La paroi mesurait 2 à 3 millimètres d'épaisseur. Au voisinage du squelette, *elle renfermait une plaque calcaire de la dimension d'une pièce de 0 fr. 50.*

Sur la face interne de la paroi étaient disposées une dizaine de petites saillies lenticulaires et sessiles, jaunâtres, qui avaient l'apparence d'un dépôt adipeux, mais qui cependant ne produisaient pas la tache d'huile caractéristique, quand on les écrasait sur du papier blanc. C'est cette particularité qui m'a engagé à en demander l'examen histologique à mon collègue de Gennes. Voici, textuellement, la note qu'il a eu l'obligeance de me remettre.

Deux points sont à considérer dans cet examen : la paroi du kyste et les petites productions jaunâtres sessiles faisant saillie à la surface interne du kyste.

Des coupes d'ensemble pratiquées à la fois sur ces deux parties à un très faible grossissement (Obj. O, ocul. 1, Verlick), les résultats suivants, après coloration par picro-carminate d'ammoniaque. On aperçoit un amas de petits points rouges, puis par place, et surtout dans la partie la plus externe de la préparation, des parties jaunes, nettement arrondies et granuleuses ; du côté de la surface interne, au contraire, on aperçoit des sphères colorées en rouge, et qui semblent à demi enclavées dans tissu précédemment décrit.

En somme, cet examen d'ensemble permet de dire : parois à constitution homogène, partout semblable, avec production à la surface interne de petites masses à demi enclavées dans la paroi ; ces petites masses répondent au tissu jaune décrit dans l'examen macroscopique.

Voyons maintenant à un plus fort grossissement la structure de ces deux parties : avec l'objectif 2 de Verlick, on note que la paroi est presque exclusivement composée de cellules embryonnaires, il y a bien çà et là quelques fibrilles conjonctives qui servent de substratum à ce tissu. Mais, les cellules embryonnaires prédominent de beaucoup. Au milieu de ce tissu on note la présence d'un très grand nombre de vaisseaux sanguins, remplis de globules sanguins, vaisseaux surtout abondants au niveau de la paroi la plus externe de la paroi kystique.

En examinant la partie interne on voit du tissu conjonctif plus abondant, et par places de gros faisceaux fibreux ; les vaisseaux sont plus rares. Au niveau de la face cavitaire on voit que le tissu est légèrement déchiqueté, mais en aucun point, même à un fort grossissement, il n'est possible de voir trace d'un endothélium.

Les petites masses déjà signalées sont à demi enclavées dans la paroi.

Il semble qu'elles soient prêtes à s'énucléer. Elles sont constituées *par du tissu fibreux, avec quelques rares cellules embryonnaires et pas de vaisseaux*. Il semble qu'il eût fallu peu de chose pour que ces petites masses fussent libres dans la cavité kystique.

En résumé, kyste à parois conjonctives, avec prédominance du tissu embryonnaire, vascularisation presque excessive, petites masses fibreuses à la surface interne, produites probablement par la *transformation fibreuse de la paroi* ?

Examen attentif par la méthode d'Erlich pour voir s'il n'y avait pas de bacilles dans ce tissu embryonnaire : rien de semblable ; aucun bacille dans un grand nombre de préparations.

OBSERVATION V (personnelle).

Chipaut Eugène, 28 ans, maçon, né à A... (Seine-et-Marne), en travaillant, il y a trois semaines, se heurta très légèrement le coude gauche et ressentit au niveau de la pointe de l'olécrâne une douleur aiguë.

Étonné de sentir un choc si léger produire une douleur si vive, il s'examine le coude et aperçoit en cette région une tumeur du volume d'une petite noix environ.

Cependant Chipaut continua à travailler : la gêne était peu considérable au début, et la douleur ne se produisait qu'à la pression ou à l'occasion d'un heurt.

Obligé de s'appuyer le coude gauche sur la pierre qu'il taillait, Chipaut se fabriqua une sorte de petit coussin pour supporter la région malade et en fut très soulagé. Mais, les chocs se produisaient encore fréquemment malgré le coussin protecteur, et le moindre heurt produisait chez le malade une souffrance aiguë. De plus, par suite de la pression continuelle, la tumeur avait augmenté de volume et devenait d'une sensibilité plus exquise.

La peau elle-même commençait à rougir.

Au bout de 3 semaines Chipaut se décide à entrer à l'hôpital Broussais, salle Follin, n. 32 *bis*, dans le service du Dr Campe-non, le 2 mai 1893.

Antécédents personnels. — Le malade, grand, fort, bien musclé, de constitution robuste, sanguin, teint coloré, cage thoracique largement développée, d'excellent appétit, n'a jamais eu de maladies sérieuses, sauf des « *douleurs aux genoux* », après un bain dans la rivière. Jamais de bronchite ni de pleurésie; il déclare n'avoir pas eu la syphilis ni de blennorrhagie; ne présente d'ailleurs aucune manifestation actuelle de ces diverses affections.

Rien d'anormal à l'auscultation du thorax.

Le malade avoue être fort buveur.

Antécédents héréditaires. — Ses parents vivent encore, et ont l'un 65 ans, l'autre 70 ; le père et la mère sont rhumatisants.

Antécédents collatéraux. — Ses frères et sœurs sont vivants et bien portants. L'un d'eux est rhumatisant.

Etat actuel. — Chipaut porte au coude une tumeur ovale du volume d'un demi-œuf de poule, bien circonscrite, occupant à la face postérieure et supérieure de l'olécrâne, la situation exacte de la bourse séreuse rétro-olécrânienne.

La peau soulevée dessine une saillie hémisphérique, ou plutôt ovale ; elle est un peu rouge, mais mobile, normale, un peu épaisse et rugueuse par suite des frottements et contusions professionnels.

La tumeur est à peine fluctuante, et seulement à un palper attentif. On sent que la bourse séreuse contient du liquide, mais en très petite quantité, et qu'on en est séparé par une assez grande épaisseur.

La tumeur semble plutôt constituée par les parois épaisses et légèrement indurées de la bourse. On n'a pourtant pas la sensation dure et graniteuse que présentent les parois incrustées de sels calcaires. La tumeur est mobile sur le plan osseux sous-jacent. Elle n'est pas transparente ; les rayons lumineux ne peuvent la traverser.

Sous le doigt on sent facilement et nettement rouler trois ou quatre corps durs arrondis. L'une de ces granulations est excessivement mobile et peut être promenée tout autour de la cavité de la tumeur : elle paraît libre dans cette cavité.

Deux ou trois autres corps durs sont moins mobiles, paraissent pédiculés et retenus à la paroi. On ne perçoit pas le « *bruit de chaînons* » ni la « *crépitation neigeuse ou amidonnée* ».

La douleur n'est pas très vive sous une pression modérée, sauf

en certains points de l'olécrâne, où elle est beaucoup plus aiguë.

Les faces postérieures et supérieures de l'olécrâne gauche sont beaucoup plus volumineuses que les faces correspondantes de l'olécrâne droit, ce qui contribue à faire paraître la tumeur bursale, proprement dite, plus considérable qu'elle ne l'est en réalité.

En promenant l'ongle et la pulpe de l'index sur la partie supérieure de la face postérieure de l'olécrâne on perçoit une sorte de rainure transversale, analogue à celle qui existe dans les fractures de la partie moyenne de l'olécrâne. Mais, on ne tarde pas à s'apercevoir que cette sensation est due à des épaissements des parois de la bourse sur deux lignes parallèles, avec un sillon médian, simulant la rainure d'une fracture osseuse.

Pas de lymphangite ; les ganglions axillaires et les ganglions épitrochléens sont indemnes.

Les mouvements du coude sont à peine gênés et ne sont pas douloureux. L'articulation est parfaitement saine. L'état général est excellent.

Le genou gauche est aussi un peu douloureux à la face interne : le malade s'agenouillait d'une façon presque continue, pendant son travail, non pas directement sur la partie antérieure de l'extrémité supérieure du tibia, mais en inclinant légèrement le genou, de façon telle que le poids du corps portait sur la face interne et saillante de l'extrémité supérieure du tibia. Il n'y a pourtant à ce niveau, ni rougeur, ni chaleur, ni tuméfaction, mais seulement douleur à la pression.

Le siège de la tumeur du coude, sa régularité, la netteté de ses contours, sa forme ovale, l'absence d'adhérence à l'os, permettent de localiser l'affection à la bourse séreuse rétro-olécrânienne sous-cutanée.

Notre malade est maçon : son coude gauche appuie continuellement sur la pierre à tailler, de plus la tumeur est de date

ancienne, bien qu'elle ait été remarquée il y a quinze jours seulement : c'est donc une bursite chronique professionnelle.

Le malade ne présente aucune manifestation syphilitique ou blennorrhagique ; il n'a aucun antécédent tuberculeux, aucune manifestation actuelle de tuberculose (poumon, épидидyme, cordon, prostate, vésicule séminale, etc...) D'ailleurs, la consistance, l'induration, l'épaisseur des parois de la bourse, ne plaide pas en faveur d'une bursite tuberculeuse ; de plus les granulations rares, assez volumineuses, pédiculées pour quelques-unes, ne semblent pas dénoter une bursite à grains riziformes. Enfin, les antécédents personnels, héréditaires et collatéraux du malade, permettent de conclure à une bursite proliférante.

Traitement. — Repos.

Teinture d'iode et enveloppement ouaté au coude et au genou.

4 mai. — La tumeur est déjà moins douloureuse à la pression : cependant le malade souffre encore lorsqu'il veut s'appuyer sur le coude gauche afin de s'accouder ou de se retourner dans son lit.

6 mai. — La tumeur a considérablement diminué ; la douleur a presque complètement disparu au coude et complètement au genou.

8 mai. — On ne perçoit plus de liquide dans la bourse. Les parois sont toujours épaisses. Les corps étrangers ne sont plus mobiles, mais, comme fixés, agglutinés, immobilisés contre les parois. L'olécrâne est plus facile à palper et volumineux.

9 mars. — Exeat sur la demande expresse du malade.

C. — *Bursite calcaire.*

Cette affection de la bourse séreuse rétro-olécrânienne n'est, à vrai dire, qu'une variété de la bursite plastique chronique. Elle accompagne même assez fréquemment

les deux autres formes de la bursite plastique chronique, l'épaississement simple de la paroi, avec épanchement séreux, et la bursite proliférante. Quand elle ne les accompagne pas d'emblée, elle peut leur succéder. Parfois l'incrustation calcaire de la paroi se produit avant tout, épaississement ou prolifération apparente de la bourse séreuse.

Déjà *Hiérosme Fabrice d'Aquapendente* faisait remarquer que dans certaines tumeurs enkystées on trouve « des pierres et autres corps qui sont tout à fait contre nature (1) ».

Parmi les auteurs qui se sont occupés des affections des bourses séreuses, personne, jusqu'à une époque assez récente, n'a insisté sur cette intéressante production calcaire qui apparaît parfois dans leur cavité.

Huberson (2), en 1837, fait observer que les parois de la bourse séreuse peuvent devenir « crétacées ».

D'après M. le professeur Duplay (1874) rares sont les observations de concrétions calcaires formées dans les cavités qui se développent dans le tissu cellulaire (3).

M. le Dr Nicaise pense au contraire (1877) que les faits de ce genre ne sont pas très rares, et que de plus, leur pathogénie étant peu connue, ils méritent de fixer l'attention (4)

1. Fabrice d'Aquapendente. *Œuvres chirurgicales*. Traduction anonyme. Lyon, 1649, p. 855.

2. Huberson (A. R.). *Des bourses celluluses sous-cutanées et de leurs maladies*. Thèse de Paris, 1837, n. 196.

3. Duplay. *Bullet. Société de chirur.* Paris, 1874, 3^e série, vol. III, p. 584.

4. Nicaise, *Bull. soc. chir.* Paris, 1877, nouv. série, vol. III, p. 436.

Toutes les observations de dépôt calcaire dans les bourses séreuses qu'il nous a été possible de relever dans la littérature médicale se rapportent à la bourse séreuse prérotulienne (1).

Au cours des dissections, que nous avons dû faire pour l'étude anatomique de la bourse séreuse rétro-olécrânienne, il nous a été donné d'observer quelques cas variés d'incrustations calcaires des parois et de dépôts de matières crétacées dans la cavité de cette bourse.

Dans la relation de notre dissection n° 10 (Vieillard, sexe masculin, coude droit et coude gauche), nous avons signalé de petites granulations calcaires, enchâssées dans des cavités formées sur la paroi profonde de la bourse séreuse par des travées fibreuses s'entrecroisant.

La pointe du scalpel ne pouvait enlever ces granulations qu'en arrachant une partie de la paroi à laquelle elles adhéraient.

Dans quelques autres dissections, nous avons pu voir le tissu même de la bourse séreuse imprégné de substance calcaire.

Enfin nous avons eu l'heureuse chance d'examiner un cas qui nous a paru d'autant plus intéressant que la bourse séreuse prérotulienne, seule jusqu'ici, a été notée comme pouvant devenir le siège d'un dépôt crétacé aussi considérable.

1. Pamard, Desprès, Terrier. *Bull. soc. chir.* Paris, 1874, p. 587.
— Conor. *Bull. Soc. chir.*, 1877, nouv. série, vol. III, p. 436. Rou-
tier. *In Progrès médical*. Paris, 1886, 2^e s. IV, 1107.

N° 21. — *Homme de 60 ans, coude droit.* — Présente au niveau du coude droit à la face postérieure de l'olécrâne une tumeur du volume d'une noix.

La peau qui la recouvrait, épaissie, écailleuse, rugueuse, sur une superficie égale à une pièce de cinq francs, témoignait des frottements chroniques, et sans doute professionnels du sujet.

La tumeur, ovoïde, plus longue que large, plus large à son tiers supérieur qu'au tiers inférieur, représente assez exactement comme dimensions et comme forme la bourse séreuse rétro-olécrânienne injectée au blanc de baleine ou à la cire.

Elle recouvre les 2/3 supérieurs de la face postérieure de l'olécrâne et l'insertion du triceps.

Elle paraît adhérente à la peau qui est tendue et se laisse difficilement pincer ou plisser à ce niveau : néanmoins cette peau n'est pas chagrinée. Solide, résistante, d'une dureté ligneuse sous le doigt, légèrement bosselée, elle est très mobile sur le plan osseux, suffisamment cependant pour permettre de constater qu'elle ne fait pas corps avec lui.

Dissection. — Incision horizontale à deux doigts au-dessus de l'olécrâne, seconde incision horizontale à deux doigts au-dessous de cette apophyse. Réunion de ces deux incisions horizontales par une troisième incision verticale, médiane, et perpendiculaire aux deux premières.

Après avoir incisé l'épiderme et le derme, tous deux fort épaissis, le tissu cellulaire peu abondant et dépourvu de graisse, on arrive au fascia superficialis, représenté par une mince lamelle, à travées fibreuses, venant s'implanter à la face profonde de la peau, et y faisant adhérer la tumeur, dans laquelle pénètrent ces mêmes travées fibreuses.

Quelques-uns de ces prolongements fibreux sont imprégnés de sels calcaires.

Pour énucléer la tumeur, il faut détacher ces brides.

On passe à la face profonde de la tumeur. Aplatie elle se moule sur l'olécrâne, et adhère, par places, au périoste.

Celui-ci semble même aussi légèrement incrusté. Pas de trace d'aponévrose entre la bourse séreuse et le périoste.

La tumeur est enlevée après dénudation de l'olécrâne en quelques points.

L'os est intact : l'olécrâne, relativement à celui du côté opposé, est augmenté de volume, mais ne présente ni bosselure ni exostose.

La tumeur a la forme d'une lentille ovale, plan convexe, ou plutôt, concavo-convexe.

Longueur : 3 centimètres.

Largeur : 2 centimètres.

Épaisseur : 1 cent. $\frac{1}{2}$ au centre.

Poids : 13 grammes.

Elle est lisse et concave du côté qui reposait sur l'olécrâne ; elle est convexe et légèrement mamelonnée sur la face qui répondait à la peau.

Les bords qui forment le contour sont irréguliers et mousses.

La masse est d'un blanc jaunâtre. L'ensemble rappelle assez exactement le résultat d'une injection de plâtre délayé dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne, après durcissement.

Sur une coupe médiane et transversale de la tumeur, on aperçoit des travées fibreuses, indiquant que la bourse séreuse était cloisonnée, et que ces cloisons se sont imprégnées de sels calcaires.

Analyse chimique (1).

Matières organiques	3 gr. 5
Carbonate de chaux	3 gr. 55
Phosphate de chaux	4 gr. 5
Urate de chaux	0 gr. 5
Urate de sodes	0 gr. 5
Phosphate de magnésie	0 gr. 05
Matière perdue.	0 gr. 40
Total.	13 gr. 60

Coude gauche. — Epiderme également rugueux et écailleux ; derme épaissi.

La bourse séreuse rétro-olécrânienne sans former de saillie apparente, offre au palper des parois rugueuses, graniteuses et comme empâtées de sels calcaires.

A la dissection on la trouve imprégnée de substance crétacée, mais sa cavité non oblitérée et triloculaire, est baignée d'un liquide trouble, opalescent.

Les autres bourses séreuses, entre autres les prérotuliennes, ne présentaient aucune altération.

Mais l'articulation du genou gauche avait des lésions peu avancées d'arthrite déformante.

Les artères principales étaient dures et rigides ; l'aorte offrait des plaques d'athérôme.

Le sujet avait succombé à une congestion pulmonaire.

Etiologie. — A quoi peut-on attribuer cette curieuse

1. Cette analyse est due à notre excellent ami Flament, licencié ès-sciences physiques, pharmacien de 1^{re} classe.

formation de dépôts calcaires, cette incrustation des parois de la bourse séreuse par des sels minéraux ?

Ainsi que l'a dit M. le Dr *Nicaise*, la pathogénie de cette affection est encore mal connue. M. le professeur *Duplay* (1) dit seulement au sujet de cette maladie que « dans certains cas le volume de l'hygroma devient excessif, et l'aspect est alors celui d'une tumeur solide, par suite de la transformation calcaire ou fibro-calcaire des parois ».

Pour ce chirurgien éminent un hygroma simple, séreux, vulgaire, peut subir cette transformation sans cause apparente.

Il ajoute plus loin qu'un hygroma chronique préexistant peut, à la suite d'une chute ou d'un traumatisme nouveau prendre une tendance à la formation calcaire.

Ici, la cause déterminante serait donc un traumatisme sur un sol déjà prédisposé par une lésion chronique.

Enfin un hygroma chronique, qui devient le siège d'épanchements sanguins, acquiert souvent, de ce fait, une tendance à la transformation calcaire (*Duplay*). D'autre part, le Dr *Lejars* déclare (2) que les productions fibreuses de l'hygroma proliférant sont un terrain propice au dépôt de sels calcaires et que ces expansions néoformées sont fréquemment ossifiées ou calcifiées.

Si nous nous reportons aux deux cas principaux qu'il

1. *Duplay. Hygroma olécrânien. Union médicale. Paris, 1891, LI, 3^e s., p. 308-312.*

2. *Lejars. Tuberc. des bourses séreuses. Revue de la tuberculose, 1893, n. 1, p. 34.*

nous a été donné d'observer que remarquons-nous ?

Dans les deux cas les sujets sont âgés.

Chez tous deux l'état de l'épiderme et du derme démontre suffisamment que des contusions, des frottements chroniques exagérés et sans doute professionnels ont amené dans le tissu conjonctif de la bourse séreuse des modifications pathologiques, une diminution de vitalité qui a précédé le dépôt calcaire.

Enfin, il semblerait, chez le dernier sujet, tout au moins, que l'organisme entier a été le siège d'une diathèse, qu'avec M. le Dr Nicaise nous appellerions volontiers « *calcaire* ». Cette diathèse avait pour manifestations principales les lésions d'arthrite déformante, dont le genou gauche surtout était le siège, les lésions évidentes d'artério-sclérose, les plaques d'athérome de l'aorte, et les incrustations calcaires des valvules sigmoïdes.

Que conclure de tout cela ?

Nous pensons que le traumatisme aigu ou chronique, violent ou léger, est, dans la plupart des cas, la cause déterminante de ces formations crétacées.

Nous croyons aussi que l'influence de l'âge est réelle ; presque toujours les porteurs de bursite calcaire sont des vieillards. En tout cas, on ne la voit guère naître avant quarante ans. A partir de cinquante elle devient même plus fréquente.

Enfin il nous paraît possible, probable même, que les manifestations se produiront de préférence sur un sol arthritique. La bursite calcaire est en effet généralement polyarticulaire, symétrique.

es antécédents personnels, héréditaires, collatéraux,

les affections subséquentes des sujets qui sont soumis à cette sorte de minéralisation locale, sont d'habitude ceux des rhumatisants.

Il est évident d'ailleurs que : épanchements séreux préexistants aigus et chroniques, — surtout les chroniques — épanchements sanguins, traumatiques ou autres, productions fibreuses ou fibro-cartilagineuses, ayant pour siège la bourse séreuse rétro-olécrânienne, constitueront autant de circonstances favorables à la formation de dépôts calcaires dans cette cavité.

« Cet organe irrité s'épaissit et les couches de tissu conjonctif qui le limitent se transforment en tissu dense, serré d'aspect fibreux, fibro-cartilagineux, et qui au microscope est constitué par des lamelles stratifiées de substance fondamentale amorphe, avec des cellules plates disséminées et absence de vaisseaux. Ce tissu, ainsi que Cornil et Ranvier l'ont établi, est très sujet aux infiltrations calcaires ; aussi trouve-t-on des exemples assez nombreux de calcification des bourses séreuses (Nicaise, *loco citato*).

Symptômes. — La bursite calcaire se développe d'une manière insidieuse ; il n'y a ni rougeur ni chaleur appréciables ; la douleur fait défaut et le malade n'accuse que de la gêne, une sensation pénible, quelquefois aux changements de temps. La pression sur la bourse ne produit généralement pas de douleur.

La déformation est le premier signe apparent : la bourse est soulevée par le dépôt calcaire qui s'accroît lentement.

Au début, alors que les parois ne sont pas encore

rigides et que la cavité bursale n'est pas oblitérée, le palper donne la sensation rugueuse, graniteuse, de deux surfaces dépolies frottant l'une sur l'autre.

La bursite calcaire s'accroît lentement d'habitude : si elle ne se résoud pas, du moins elle ne compromet guère la fonction du coude.

Parfois, à la suite d'un traumatisme nouveau, plus aigu que les précédents, la peau peut rougir, le tissu cellulaire péri-bursal peut s'enflammer et la suppuration se produire.

Diagnostic. — La situation de la tumeur, sa forme, sa semi mobilité sur le plan osseux sous-jacent, permettent assez facilement de localiser l'affection à la bourse séreuse. Sa consistance spéciale montre suffisamment qu'il s'agit d'un dépôt de sels minéraux, seuls capables de produire cette dureté ligneuse.

Mais on trouve également chez les gouteux, chez les saturnins des dépôts solides de matière minérale, dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne, ce sont les *tophus*.

Les antécédents du sujet, héréditaires et personnels, l'examen des diverses articulations, surtout des gros orteils, l'existence de tophus dans d'autres bourses séreuses, ou aux oreilles, pourront éclairer le diagnostic, une attaque de goutte antérieure apporterait presque une certitude. Cependant, dans certains cas, et nous en donnerons un exemple, les tophus de la bourse séreuse rétro-olécrânienne peuvent se produire sans avoir été précédés ni suivis de la moindre attaque de goutte. Le diagnostic sera particulièrement épineux, lorsqu'aucune join-

ture, aucune autre bourse séreuse ou tendineuse, aucun point du tissu cellulaire ne sera le siège de tophus goutteux.

L'analyse chimique de la tumeur enlevée assurera le diagnostic : dans le cas de tophus goutteux on se trouvera en présence d'urate de soude ; dans le cas de bursite calcaire l'analyse décèlera surtout du carbonate et du phosphate de chaux, et en quantité minime seulement des urates de chaux et de soude.

Traitement. — Les applications de teinture d'iode sont sans effet ; les révulsifs (pointes de feu, vésicatoires) n'ont aucune valeur, et pourraient même, dans certaines circonstances, amener la suppuration de la tumeur.

Reste l'ablation de la bourse séreuse. Exécutée avec les précautions antiseptiques voulues, elle ne présente aucune difficulté, aucun danger, et est absolument efficace.

Cependant, comme la bursite calcaire n'est pas douloureuse, comme elle n'apporte de gêne que lorsqu'elle produit une tumeur volumineuse, qui d'ailleurs s'accroît lentement, l'ablation n'est pas absolument nécessaire, surtout au début. Néanmoins, cette tumeur pouvant devenir le siège de suppuration, à la suite de traumatisme, ces suppurations amenant fréquemment des lymphangites, des phlegmons diffus, l'opération chirurgicale sera utile ; dans nombre de cas elle sera nécessaire.

D. — *Hématocèle de la bourse séreuse rétro-olecrânienne.*

A la suite d'une irritation chronique, généralement une contusion chronique de la bourse séreuse rétro-

olécrânienne, la face interne et lisse de la paroi de cette bourse se comporte comme la tunique vaginale dans le cas « d'hématocèle ». La face interne se desquamé, se recouvre de fausses membranes, pendant que le tissu cellulaire s'épaissit et s'indure. Ces néo-membranes sont constituées par une couche formée de bourgeons charnus, comme dans toutes les séreuses qui sont irritées (1). Les nombreux capillaires disséminés dans les tissus nouveaux, à parois fragiles et mal soutenues, se rompent en donnant lieu à des hémorrhagies internes, l'hématocèle est constituée.

Dans ces cas, la tumeur peut alors parcourir les divers stades d'un hématome véritable, épanchement sanguin, coagulation du sang, coagulation fibrineuse, et concrétions plus ou moins dures d'origine sanguine.

La production d'un épanchement de sang se traduit par une augmentation rapide de la tumeur qui devient fluctuante. Au bout de quelques jours le volume diminue, en restant plus considérable qu'auparavant, la fluctuation disparaît, et l'on sent sous le doigt la crépitation du caillot sanguin. On observe ainsi des accroissements successifs de la tumeur.

Sous quelle influence se fait cette rupture vasculaire ?

Parfois à la suite d'une violence évidente d'un coup, d'un choc aigu, il se produit un épanchement qui distend la cavité de la bourse séreuse rétro-olécrânienne, et par

1. Trélat. *Gaz. Hôp.*, 1882, p. 618. — Pooley. *New-York Médic. Journal*, 1883, p. 178. — Pollosson et Barbier, *Province Médicale*, Lyon, 1888, p. 70. — Lemarignier. *Th.* Paris, 1886.

irritation provoque une exsudation : il se produit un hydrohématocèle.

Mais cet épanchement sanguin peut se produire en dehors de toute violence exceptionnelle, en dehors d'un traumatisme plus accusé que celui qui provoque le développement pathologique de la bourse séreuse rétro-olécrânienne. Il existe, en effet, des cas où les altérations de la paroi sont telles, que le choc ou le frottement professionnel amène la déchirure des petits vaisseaux néoformés.

Ces altérations primitives des parois de la bourse séreuse rétro-olécrânienne ont pu se produire insensiblement sans que le malade se soit aperçu d'aucune tumeur au niveau du coude. Aussi est-il fort étonné de voir, à la suite d'un frottement, d'un heurt insignifiant, une grosseur volumineuse se produire rapidement en arrière de l'olécrâne.

OBSERVATION VI

(Communiquée par G. H. Pooley, professeur de chirurgie au Toledo-Médical collège, au New-York, *Medical Journal*, 18 août 1883, XXIII, p. 178). — Traduit par nous de l'Anglais.

Vers le 13 juillet 1883, J. Forney, homme de peine, d'un âge moyen, vint me trouver, à cause d'une tumeur qu'il avait au coude droit. Il déclara que la tumeur était survenue brusquement pendant qu'il travaillait à creuser un fossé. Il heurta son coude contre le bord de la fosse, mais sans violence, car il ne ressentit aucune douleur, n'interrompit pas son travail, et ne se serait sans doute aperçu de rien, ni même souvenu, si la tumeur n'était

survenue, ce fut une heure ou deux après l'accident qu'il la remarqua.

La tumeur était placée exactement au niveau de la bourse olécrânienne, très proéminente, du volume d'un œuf de pigeon et de forme ovale. Elle était absolument indolore, insensible à la pression, sans coloration spéciale, et n'empêchait pas plus de mouvoir le bras que de s'en servir. Elle était tendue et fluctuante.

Je dois avouer que j'accueillis avec scepticisme le récit du patient, et je supposai que j'avais affaire à une augmentation chronique de volume (chronic enlargement) de la bourse séreuse, ce qui n'est pas rare en ce point, et que cette tumeur lui était apparue comme nouvelle au moment où ce léger heurt appela son attention sur elle. Mais il m'affirma être certain que tel n'était pas le cas et que la tumeur avait fait sa première apparition au moment indiqué par lui.

Je ponctionnai la tumeur avec un bistouri étroit et pointu, m'attendant à voir jaillir le liquide ordinairement jaunâtre, glaireux et fluide ; mais, au contraire, rien n'apparut, si ce n'est du sang noirâtre ; là-dessus, j'ouvris largement, et je trouvai la tumeur remplie principalement par un caillot noirâtre et mou. Ce caillot une fois enlevé, je fis un lavage à l'eau chaude.

Je n'ai plus revu le malade, mais, j'appris, quinze jours après, que l'incision, qui ne lui avait jamais causé de gêne, ni même interrompu son travail journalier, était cicatrisée.

Nous avons là un cas typique de thrombus ou hématocele de la bourse olécrânienne, accident que je n'avais jamais vu auparavant, dont je n'avais jamais entendu parler, dont je n'avais jamais eu de relation.

Le très léger heurt qui semble l'avoir causé est remarquable, surtout parce que cet homme a paru jouir d'une bonne santé, et ne présentait ni rigidité des artères superficielles, ni l'arc sénile,

ni aucun symptôme de sénilité précoce, toutes choses que nous avons soigneusement recherchées.

E. — *Complications de la bursite aiguë et de la bursite chronique.*

La bursite aiguë, de même que la bursite chronique, peut donner lieu à plusieurs complications.

Elle peut être le point de départ d'une lymphangite (1).

L'épanchement peut devenir purulent : un phlegmon diffus peut survenir consécutivement (2).

Brodie est le premier, J. Cloquet le second, à avoir signalé la tendance des suppurations de la bourse séreuse rétro-olécrânienne à diffuser dans le tissu cellulaire ambiant et à donner un phlegmon.

Pour expliquer cette facilité de diffusion plusieurs théories ont été données :

Chassaignac a incriminé la rupture de la bourse séreuse rétro-olécrânienne, dans les traumatismes violents, rupture se produisant plutôt vers l'avant-bras que vers le bras, et déterminant ainsi la direction du phlegmon. L'absence d'épithélium ou plutôt du revêtement endothé-

1. Nous étudions cette complication au chapitre Bursite lymphangitique.

2. L'étude du phlegmon diffus consécutif à la suppuration a été parfaitement étudiée par Chassaignac. *Traité de la suppuration*, 1859, p. 540 et suiv. — Rabourdin. Th. Paris, 1875. « *Recherches sur les phlegmons du coude* ». — Tournay. Th. Lille, 1885, n. 4. — Gouzer. Th. Paris, 1885. — Lacoste. Th. Paris, 1883, n. 429.

liai a été considéré comme une des causes les plus importantes de l'invasion du pus au dehors de la bourse séreuse rétro-olécrânienne.

Nous pensons que si ces diverses circonstances ne sont pas indifférentes, il pourrait se faire aussi que la présence, tout autour de la bourse séreuse rétro olécrânienne principale, d'un cortège d'autres bourses séreuses plus petites, que nous avons fréquemment notées dans nos dissections, doit avoir sur la diffusion du pus collecté une grande influence.

La bourse séreuse rétro-olécrânienne est en contact, parfois en communication avec de grandes lacunes du tissu cellulaire, sous-cutanées, assez vastes souvent pour qu'on puisse leur donner le nom de bourses séreuses sus-olécrâniennes, sous-olécrânienne et olécrâniennes latérales.

La bourse séreuse rétro-olécrânienne peut également communiquer avec les bourses séreuses épicondyliennes et épitrochléennes. Le long de la crête du cubitus existent fréquemment une série de petites lacunes peu éloignées les unes des autres, constituant autant de petites bourses séreuses.

Trouvant ces cavités devant lui, le pus se diffuse rapidement dans l'espace vide qu'elles présentent.

Ainsi s'expliquerait peut-être la fréquence du phlegmon à la suite de suppuration de la bourse séreuse rétro-olécrânienne (1).

1. Chassaignac. *Traité de la suppuration*, t. II, p. 543. — Péan. *Lec. clin. chir.*, 1892, p. 1122.

Une autre intéressante complication de la bursite chronique de la bourse séreuse rétro-olécrânienne nous paraît être une sorte d'*hypertrophie de l'olécrâne* ou du moins de sa face postérieure.

Chassaignac (1), sans y insister d'ailleurs, signale chez un carrier le développement anormal de l'os sous-jacent à une bursite professionnelle.

Ce développement s'était produit non à l'olécrâne, mais à l'épicondyle, et aux deux bras, plus marqué au coude droit.

Cette augmentation de volume nous paraît à peu près constante dans les bursites chroniques. Elle existait d'une façon notable et bien évidente chez le maçon Chipaut (Obs. n° V).

Nous l'avons observée à l'Hôtel-Dieu, à la consultation de M. le professeur Lefort. Elle atteignait un degré extraordinaire.

Le malade portait au coude gauche une tumeur du volume d'une petite orange située à la face postérieure de l'olécrâne.

A première vue, cette tumeur semblait dûe uniquement à un épanchement abondant dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne. A la palpation, on s'apercevait que la tumeur était composée de deux parties : l'une, la moins volumineuse, superficielle, dûe à l'épaississement des parois de la bourse séreuse rétro-olécrânienne et à la présence d'un peu de liquide dans la cavité ; l'autre, sous-jacente, plus considérable que la première, facile à

1. Chassaignac. *Traité de la suppuration*, p. 542.

distinguer de la précédente, à cause de sa résistance et de sa dureté et due à une augmentation de l'olécrâne, à une sorte d'exostose de cette partie du cubitus. Cette tumeur était survenue lentement et avait augmenté continuellement, mais d'une façon insensible. Ce malade nous a déclaré n'avoir jamais eu la syphilis. Il n'a jamais présenté et ne présentait d'ailleurs pas en ce moment de stigmates actuels de cette affection.

Cette hypertrophie de l'os vient, sans doute, d'une excitation continue du périoste, due elle-même, soit à la pression constante et aux frottements répétés, nécessités par certaines professions, soit à la contiguité, au voisinage des parois bursales, irritées elles-mêmes par des traumatismes chroniques.

Dans le premier cas, l'augmentation du volume de la bourse séreuse rétro-olécrânienne et l'augmentation du volume de l'olécrâne seraient parallèles.

Dans le second, la bursite précéderait la périostite. Enfin, il est possible que cette excitation du périoste soit due tout à la fois aux pressions et frottements directs qu'il supporte d'une part et de l'autre, au voisinage du tissu enflammé chroniquement de la bourse séreuse.

On peut même penser que, dans certains cas, cette augmentation apparente du volume de l'olécrâne n'est pas due à une hypertrophie du tissu osseux, mais simplement à un gonflement du périoste, causé, soit par la contiguité de la bursite, soit par le frottement.

Mais, cette hypothèse ne saurait être admise que dans le cas où l'augmentation apparente du volume de l'olécrâne est minime.

Dans les cas où elle est considérable nous la croyons due à la production de substance osseuse néoformée.

Nous en avons trouvé un exemple lorsque nous poursuivions nos recherches anatomiques sur la bourse séreuse rétro-olécrânienne.

Un sujet nous a présenté au-dessous d'une bursite à parois épaisses et proliférantes, à cavité peu vaste, contenant peu de liquide et manifestement de date ancienne, un périoste épaissi et vascularisé, se détachant facilement de l'olécrâne, et au-dessous une apophyse olécrânienne offrant des dimensions presque doubles de celles de l'olécrâne du côté opposé.

Péan (1) cite aussi incidemment un cas « *d'hygroma typique, mais reposant sur un os assez fortement développé quoique régulièrement.* »

2° Bursite inflammatoire par propagation

BURSITE LYMPHANGITIQUE

Nélaton (1844), Chassaignac, Jamain et Terrier, Pineau, Duplay, Lacoste, Lamourdedieu, Turrel, Péan, ont montré la facilité avec laquelle la bourse séreuse rétro-olécrânienne s'enflamme et même suppure à la suite d'une lymphangite voisine (2).

1. Péan. *Lég. clin. chir.*, p. 531.

2. Nélaton, Chassaignac (*loco citato*). — Jamain et Terrier. *Pathol. chirurg.* — Pineau. Th. Paris, 1866, n. 117. — Lacoste. Th. Paris, 1883. — Lamourdedieu. Th. Montpellier, 1868, p. 20, 21 et suiv. « *De l'hygroma* ». — Turrel. Th. Paris, 1844, n. 71, p. 17. « *De l'Angéioleucite* ». — Péan. *Clin. chir.* 1890, p. 490.

Nous avons eu nous-même l'occasion d'observer un cas de bursite rétro-olécrânienne, à la suite d'une vaccination qui avait amené une lymphangite descendante, ou récurrente (1).

Tous ces auteurs ont constaté des rapports très nets entre l'inflammation de la bourse séreuse rétro-olécrânienne et celle des lymphatiques.

L'inflammation simple de la bourse séreuse rétro-olécrânienne donne lieu à une lymphangite qui évolue indépendamment de l'affection qui l'a amenée, et inversement, souvent une lymphangite du bras ou de l'avant-bras amène une suppuration d'une bourse séreuse rétro-olécrânienne.

I. — *Lymphangite à la suite de bursite rétro-olécrânienne.*
— Sous l'influence d'un état général mauvais, alcoolique, diabétique, une inflammation de la bourse séreuse rétro-olécrânienne, qui serait de peu d'importance chez tout autre, donnera lieu à de la suppuration, presque toujours avec symptômes généraux (frisson, céphalalgie, température, langue sèche, courbature, malaise), parfois sourdement, et l'ouverture de la poche seule apprendra seulement la nature purulente du contenu.

Il en sera de même chez un porteur de bourse séreuse rétro-olécrânienne enflammée chroniquement. Même dans ce cas les causes pourront encore être plus légères (*Pineau*).

1. Nous classons la bursite furonculaire dans la bursite lymphangitique. De l'avis de Chassaignac le furoncle est seulement le point de départ de la lymphangite.

Souvent alors survient une lymphangite des vaisseaux lymphatiques en communication avec la bourse séreuse rétro-olécrânienne enflammée.

La bourse séreuse rétro-olécrânienne devient le point de départ de traînées lymphangitiques, soit ascendante, soit descendante (récurrente de Velpeau).

Ce phénomène n'a rien d'étonnant, la bourse séreuse rétro-olécrânienne n'étant, à vrai dire, qu'une cavité lymphatique.

Dans le cas de lymphangite ascendante les réseaux de la partie inférieure du membre restent indemnes, la peau devient normale ; l'avant-bras ne présente aucune augmentation de volume.

Le bras, en revanche, offre des traînées rouges, parfois très peu accentuées, parfois nombreuses et larges, montant jusqu'au niveau de l'insertion du V deltoïdien. On ne suit pas d'ordinaire les cordons lymphatiques augmentés de volume. Les ganglions de l'aisselle grossissent et deviennent douloureux.

Ces traînées lymphangitiques et ces ganglions ne suppurent pas d'ordinaire. Ils le font par exception. -Lorsqu'on ouvre la bourse séreuse rétro-olécrânienne suppurée les symptômes de lymphangite disparaissent. Si le pus ne s'est pas encore formé dans la bourse, et qu'il ne doive pas se former, la lymphangite peut même disparaître en même temps que la bursite et sans que la cavité soit ouverte.

Dans cette variété les lymphatiques profonds sont rarement pris. C'est pourquoi on n'a pas la sensation de cordons durs et qu'il n'y a pas d'abcès en chapelets, qui sur-

viennent fréquemment lorsque le tissu cellulaire participe à l'inflammation.

Par exception, les gros troncs lymphatiques peuvent être pris (Obs. Péan n. VIII p. 125).

Une inflammation de la bourse séreuse rétro-olécrânienne peut aussi être le point de départ d'une lymphangite descendante ou récurrente (*Velpeau*).

II. — *Bursite rétro-olécrânienne à la suite de lymphangite*. — Toute inflammation des téguments du membre supérieur peut amener une bursite rétro-olécrânienne suppurée. Parfois cette suppuration de la bourse séreuse rétro-olécrânienne succédera directement à la lymphangite, parfois elle sera précédée d'abcès, qui se seront formés sur le trajet des lymphatiques.

Lorsque la suppuration ne se produit que dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne, il y a peu de symptômes qui indiquent cette manifestation morbide. La bourse séreuse rétro-olécrânienne augmente de volume, se gonfle, prend une forme ovoïde, de la grosseur d'un œuf de pigeon; elle est douloureuse à la pression. La peau à ce niveau est rouge.

Il se produit parfois des phénomènes généraux (malaise, céphalalgie, courbature, fièvre, langue sèche).

Comment, par quel mécanisme, l'inflammation de la bourse séreuse rétro-olécrânienne se produit-elle à la suite de lymphangite ?

On peut faire trois hypothèses :

1° Il y a propagation directe de l'inflammation des vaisseaux lymphatiques à la bourse séreuse rétro-olécrânienne, dans laquelle ils s'aboucheraient.

2° Ou bien la périlymphangite se propagerait à la bourse séreuse rétro-olécrânienne à travers la paroi celluleuse qui l'entoure, par voisinage, par contiguité. La périlymphangite peut s'étendre et arriver jusqu'à la bourse séreuse rétro-olécrânienne, qui n'est en somme qu'une vaste lacune située au milieu du tissu cellulaire.

3° Ou bien un abcès lymphatique se produirait dans le voisinage de la bourse séreuse rétro-olécrânienne, et s'ouvrirait dans sa cavité (1).

Dans la plupart des cas, c'est à la suite de lymphangite réticulaire que se produisent les bursites rétro-olécrâniennes lymphangitiques. Elles peuvent aussi se produire à la suite de lymphangite profonde.

Ces lymphangites superficielles ou profondes que l'on voit suivies bientôt d'une suppuration de la bourse séreuse rétro-olécrânienne, surviennent généralement à la suite d'une excoriation, d'une blessure de la main ou de l'avant-bras ou même du bras. Elle peuvent survenir à la suite d'une simple contusion du membre supérieur, sans solution de contiguité des téguments (2).

D'après Lacoste (3), la lymphangite peut avoir disparu lorsqu'apparaît la suppuration de la bourse séreuse rétro-olécrânienne.

D'après Martin (4) il existe des lymphangites qui pas-

1. Verneuil *Bullet. academ. méd.*, 2^e série, t. VII, 1878, p. 1056.

2. V. Observ. Lacoste, Th. Paris, 1883, p. 49 et suiv., observ. Chassaignac. *Traité de la suppuration*, p. 538.

3. Lacoste (*loco citato*).

4. Martin. Th. Paris, 1885, p. 7 et suiv.

sent inaperçues et amènent pourtant la suppuration des bourses séreuses.

Il y a évidemment des cas dans lesquels les lymphangites ne se manifestent pas d'une façon éclatante et peuvent cependant porter un principe septique à une distance plus ou moins éloignée de son point de départ.

Le fait est incontestable pour certaines adénites. A la suite d'une piqûre d'un doigt survient parfois une adénite axillaire sans aucun signe révélant la lymphangite intermédiaire. Ce qui se passe pour les ganglions peut se passer, sans doute, pour la bourse séreuse rétro-olécrânienne (1).

D'autre part, nous voyons dans une observation de Lacoste (2) se produire plusieurs petits abcès le long du cubitus, là où nous avons pu constater dans nos dissections de nombreuses lacunes de tissu cellulaire, arrivant chez quelques sujets à une dimension presque suffisante pour qu'on puisse leur donner le nom de bourses séreuses.

Si l'on peut rééditer une jolie comparaison de M. le professeur *Panas*, nous dirons que la trainée lymphatique est une trainée de poudre, reliant entre elles plusieurs poudrières, qui sont les minuscules bourses séreuses, et arrivant enfin à la poudrière centrale, qui est la bourse séreuse rétro-olécrânienne.

1. Chassaignac. *Traité de la suppurat.* Observation, p. 538.

3. Lacoste. Th. Paris, 1883, p. 50.

OBSERVATION VII (inédite).

Nous avons eu l'occasion d'observer à l'hôpital Cochin, au cours de la consultation publique (service du Dr Th. Anger), le cas d'une fillette de 4 ans environ, qui vaccinée aux deux bras, au-dessous et un peu en arrière de l'insertion inférieure du deltoïde, présenta au coude droit en arrière de l'olécrâne une tumeur pour laquelle sa mère la conduisit à la consultation de l'hôpital Cochin, afin d'être renseignée sur la nature et le degré de gravité de cette affection.

La tumeur, du volume d'une noisette, rouge, chaude, douloureuse, fluctuante, ressemblait absolument à un abcès et siégeait manifestement dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne. Les trois petites plaies faites par la lancette du vaccinateur étaient douloureuses, entourées d'une large auréole, rouge, légèrement saillante, et semblaient assez vivement enflammées. Les ganglions axillaires étaient tuméfiés. On ne voyait pas de traînées lymphatiques, nettement dessinées, aller des piqûres vaccinales à l'aisselle ni au coude.

Mais entre les petites plaies et la bourse séreuse rétro-olécrânienne les téguments étaient rouges d'une façon uniforme.

Le membre n'était pas très gonflé, mais était chaud, et sensible à la pression.

Les piqûres du bras opposé offraient le même aspect ; les ganglions axillaires de ce côté étaient également gonflés, mais la bourse séreuse rétro-olécrânienne gauche était indemne.

Etat général. — Malaise, agitation, courbature, fièvre.

Sur le refus de la mère de laisser l'enfant à l'hôpital, la tumeur est largement ouverte au bistouri, avec toutes les précautions antiseptiques ; il en sort du pus en petite quantité, et un peu de

sang, provenant de la section des petits vaisseaux de la paroi enflammée.

Lavage à l'eau phéniquée de la cavité.

Pansement humide.

L'enfant est ramenée le lendemain dans la salle. La nuit a été bonne : l'enfant a dormi ; le bras n'est plus douloureux ni chaud ; plus de fièvre.

Le pansement est renouvelé.

L'enfant revient deux jours après.

La plaie est cicatrisée. Pansement sec.

Les piqûres vaccinales sont desséchées et couvertes d'une croûte noirâtre.

Les ganglions axillaires ne sont plus tuméfiés.

Cette observation nous a semblé intéressante, parce qu'elle présente un cas de lymphangite descendante ou récurrente ; les lymphatiques se sont enflammés entre la plaie et la bourse séreuse rétro-olécrânienne, tandis qu'ils ont été peu atteints entre la plaie et les ganglions axillaires. Ceux-ci cependant se sont tuméfiés et étaient légèrement douloureux.

Dans l'observation de Vilcoq dont nous donnons l'analyse au chapitre *bursite pyohémique*, nous voyons également une bourse séreuse rétro-olécrânienne s'enflammer à la suite d'une vaccination, mais, dans ce cas, l'affection était généralisée, car il y eut des abcès multiples dans divers points du corps.

Si nous passons aux cas de lymphangite consécutive à une inflammation de la bourse séreuse rétro-olécrânienne nous en trouvons un cas remarquable dans l'observation suivante :

OBSERVATION VIII

(Péan, *Lec. clin. chir.*, 1890, p. 490).

Hygroma olécrânien droit suppuré ; poussées répétées de lymphangite tronculaire. Guérison.

B..., 52 ans, corroyeur, entre le 28 octobre 1882, salle Sainte-Marthe, n. 6. Hygroma professionnel au coude droit, *celui-ci portant sur un instrument dont se servent les corroyeurs.*

Deux ou trois fois déjà il a eu à ce niveau des poussées aiguës qui se sont terminées par résolution. Huit jours avant son entrée à l'hôpital il se fait une nouvelle poussée.

Etat actuel. — Tuméfaction considérable de la région ; la peau est chaude et rouge, très douloureuse ; l'enflure occupe une partie de l'avant-bras et du bras. Incision cruciale : issue du pus. On panse à l'eau phéniquée ; élévation ; compression ouatée.

A trois reprises il se fait des poussées de lymphangite le long du bord interne du bras jusqu'aux ganglions de l'aisselle ; chaque fois il y a un peu de fièvre, et après chaque poussée la résolution n'est pas complète, *il reste un cylindre dur et douloureux le long des troncs lymphatiques.*

10 novembre. — Poussée plus forte que les autres ; il semble qu'il va s'y faire un abcès, frictions à l'onguent napolitain.

25. — Amélioration, diminution de la tuméfaction : il resta un cordon induré du volume du petit doigt qui ne remonte pas tout à fait jusqu'à l'aisselle.

28. — Le cordon n'a plus que le volume d'une grosse plume.

30. — Il a disparu complètement, et le 2 décembre, le malade, guéri, part pour Vincennes.

Intéressant par la répétition de ces poussées de lymphangites qui occupent les troncs, et laissant après elles des indurations à

résolution lente. Il est difficile d'en donner la cause. La plaie du coude marchait normalement et ne présentait rien de spécial.

Le malade n'était ni diabétique ni albuminurique. Comme phénomènes pathologiques concomitants il ne présentait que quelques signes d'alcoolisme et des symptômes de tuberculose pulmonaire en voie d'évolution (petits craquements au sommet droit).

Parfois, auprès de l'hygroma suppuré, il se forme un autre abcès, sans qu'il y ait pour cela phlegmon, ni lymphangite proprement dite : dans un point voisin de l'hygroma le tissu cellulaire suppure à son tour, et l'on a, à côté l'un de l'autre, deux abcès, pour ainsi dire, ne communiquant pas l'un avec l'autre, particularité dont il faut se préoccuper pour le traitement.

Lamourdedieu (*loco citato*, p. 25), donne une observation dans laquelle il se produisit un deuxième abcès (1).

Ce deuxième abcès, apparu au-dessous de l'hygroma suppuré primitif, nous semble devoir être localisé dans la petite bourse séreuse, presque constante, située au-dessous de la bourse séreuse sous-cutanée rétro-olécrânienne, et communiquant parfois avec celle-ci par une ouverture plus ou moins large, parfois en étant complètement isolée par une couche de tissu cellulaire.

3^e Bursites Diathésiques.

BURSITE RHUMATISMALE.

Gooch, Camper, Bell, Monro, Herwig, Rosenmuller, Koch, Brodie, J. Cloquet, Huberson, Bielkiewicz, Bérard et Denonvilliers, Kœberlé, Chassaignac (2), Pineau

1. Lamourdedieu (*loco citato*, p. 25).

2. Gooch. *A practical treatise on wounds*, 1767, vol. I, part. III, p. 437 et suiv. — Camper. *Mém. Soc. Roy. méd.* 1784, p. 46 et suiv. — B. Bell. *A syst. of surgerg.* 1787, t. V, § 3, p. 479 et suiv. —

(1), observèrent des épanchements de nature rhumatismale dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne.

Pingaud (2) a remarqué que : « Le rhumatisme peut développer dans les bourses séreuses les formes sèches ou hydropiques de la synovite. » Les professeurs Peter et Ball traitent magistralement (1864-1865) du rhumatisme des bourses séreuses (3).

En 1874, Boilleraut « dans deux observations fort intéressantes, nous montre une bursite rhumatismale *rétro-olécrânienne* sous-cutanée, très bien caractérisée (Obs. IV), c'est la bourse séreuse rétro-olécrânienne droite ; dans la deuxième (Obs. V), c'est la bourse séreuse rétro-olécrânienne gauche. Dans les deux cas l'articulation du coude, sous-jacente à la bourse séreuse malade, est saine, absolument indemne (4).

Monro. *A descript. of all the bursæ mucosa*, 1788. — Herwig. *De morbis mucosarum bonarum*, 1795, t. II, § 3, p. 11 et suiv. — Rosemmuller (*loco citato*). — Koch. *Diss. de morbis bussarum mucosarum. In Franck opus*, t. X, p. 249. — Cloquet. *Arch. gen. med.* t. IV, p. 233. — Huberson. *Th. Paris*, 1837. — Bielkiewicz. *De bussis subentamis*, 1838 (*loco citato*). — Bérard et Denonvilliers. *Compendium*, 1850, p. 20 et suiv. — Kœberlé. *Nouveau Dict. méd. et chirurg. prat. Art. Bourses séreuses*, p. 481.

Chassaignac. *Dict. encyclop. soc. méd. Art. Bourses séreuses*, p. 374 et suiv. (1853).

1. Pineau. *Th. Paris*, 1866.

2. Pignaud. *Dict. soc. médic. Art. coude*.

3. Peter. Cité par Boilleraut, in *th. Paris*, 1874, n. 10.

4. Boilleraut. *Essai sur le rhumat. non blennorrhag. des synoviales tendineuses et des bourses séreuses*, *th. Paris*, 1874, n. 10.

En 1875, Ch. Cagniat (1) traite du même sujet.

Charles B. Nancrède (2) (1884) pense que la diathèse rhumatismale est non-seulement une cause prédisposante de la bursite séreuse sous-cutanée, mais en est même quelquefois la cause déterminante. L'action la plus insignifiante, comme les variations du temps, un excès, peuvent amener dans ce cas une rechute sinon une première attaque.

En 1880, dans un article sur les lésions rhumatismales péri-articulaires, le Dr Roustan (3) signale le rhumatisme des bourses séreuses sous-cutanées, et en particulier le rhumatisme de la bourse séreuse rétro olécrânienne. Il range cette bourse séreuse rétro-olécrânienne par ordre de fréquence, comme l'avant-dernière parmi celles qui sont frappées par le rhumatisme.

Il croit que, d'ordinaire, les lésions sont symétriques dans les cas de bursite rhumatismale.

En 1891, le Dr C. M. Fleury communique à la Société de médecine une curieuse observation de bursite rhumatismale rétro-olécrânienne sous-cutanée, sans manifestations rhumatismales articulaires proprement dites.

La bursite rhumatismale rétro-olécrânienne sous-

1. Ch. Cagniat. *Inflammat. rhumatismales des synov. tendin. et des bourses séreuses*, th. Paris, 1875.

2. Charles B. Nancrède. *Blessures et maladies des bourses séreuses*. In *encyclopédie internationale de chirurgie* (1884), tome III, p. 105 et suiv.

3. Roustan. « Lésions périarticulaires de nature rhumatismale » *Montpellier Médical*, t. 44, p. 404 (1880).

cutanée peut exister, existe même presque toujours, lorsque le rhumatisme articulaire siège au coude. C'est ce que l'on a exprimé, d'une façon générale, en disant que le rhumatisme articulaire était surtout *péri-articulaire* (1), les bourses séreuses, les synoviales tendineuses étant dans ce cas au moins aussi envahies que l'articulation proprement dite. Il y a alors de nombreux foyers douloureux autour du coude. La surface, occupée par la bourse séreuse rétro-olécrânienne, est d'une sensibilité exquise à la pression, et constitue un des points les plus importants de la « *couronne douloureuse* » de l'articulation.

Lorsque l'inflammation de la bourse séreuse rétro-olécrânienne coïncide avec l'inflammation de la synoviale articulaire du coude, on pourrait la considérer comme secondaire à la lésion de la cavité articulaire, comme due à une propagation directe ou indirecte du travail morbide qui aurait débuté par la synoviale du coude. Mais, bien souvent, il n'y a pas d'arthrite concomitante. C'est l'inflammation des diverses bourses séreuses, environnant l'articulation, qui fait croire à la maladie de celle-ci, alors qu'elle est peu envahie ou même indemne. On ne peut donc dire qu'il y a eu propagation inflammatoire de la synoviale à la bourse séreuse. La bursite rhumatismale rétro-olécrânienne peut exister alors que la cavité articulaire est saine, et court risque d'être prise, si l'on ne fait qu'un examen superficiel, pour du rhumatisme articulaire.

1. Dieulafoy. *Patholog. intern.*, t. II, p. 654, 1888.

Enfin la bourse rétro-olécrânienne séreuse cutanée peut être atteinte par le rhumatisme, alors que des articulations éloignées de cette bourse sont atteintes également et que le coude est indemne.

En résumé, trois cas peuvent se présenter.

1° La bourse séreuse rétro-olécrânienne est atteinte ainsi que l'articulation toute entière.

2° La bourse séreuse rétro-olécrânienne est atteinte alors qu'il n'y a aucune manifestation rhumatismale articulaire ni au coude ni ailleurs (Obs. Fleury, n. IX).

3° La bourse séreuse rétro-olécrânienne est atteinte, alors que l'articulation du coude est indemne, mais que d'autres articulations (genoux, hanches, etc...) sont frappées. C'est ce que nous voyons dans l'observation n. X.

Etiologie. — La bursite rhumatismale rétro-olécrânienne, indépendante de lésions rhumatismales de l'articulation du coude, est plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Dans les deux cas, que nous relatons ici, les sujets sont du sexe masculin.

D'après *Boillerault* cette forme surviendrait chez les hommes dix fois contre une fois chez les femmes.

Selon *Cagniat*, elle reconnaît les mêmes causes prédisposantes ou déterminantes que le rhumatisme articulaire du coude.

Elle se rencontre à tout âge, mais de préférence de 20 à 40 ans.

Elle peut survenir sans cause occasionnelle connue, spontanément en apparence.

Le froid, le froid humide surtout, pourrait lui donner naissance (Obs. Fleury, n. IX).

Le traumatisme de la bourse séreuse pourrait, pensons-nous, déterminer un « *locus minoris resistentiæ* » capable de déterminer le rhumatisme à se localiser en ce point (Obs. n. X).

On l'observe souvent chez des sujets ayant déjà eu auparavant une ou plusieurs attaques de rhumatisme (Obs. IV et V de la thèse de Boillerault. Obs. Fleury, n° IX). Une première attaque de rhumatisme au niveau de la bourse séreuse rétro-olécrânienne constitue une prédisposition puissante à des attaques nouvelles au même point.

L'intervention de la cause la plus légère, la plus insignifiante, comme les variations du temps, un excès suffit pour amener une rechute, une récurrence (1).

La forme bursale typique est presque aussi fréquente que la forme purement articulaire ou mixte.

Parmi les bourses séreuses atteintes de rhumatisme la bourse séreuse rétro-olécrânienne sous-cutanée vient, par ordre de fréquence, au troisième rang. Les trois bourses séreuses plus souvent frappées qu'elle, sont :

1° La bourse séreuse située entre le biceps et le péroné.

2° La bourse séreuse située au-dessous de la patte d'oie.

3° La bourse séreuse rétro-calcaneéenne.

1. Boillerault. *Loco citato*, p. 13, 15, 16. — Ch. Nancrède. *Loco citato*.

Pathogénie. — Nature. — Cette inflammation spéciale de la bourse séreuse rétro-olécrânienne est de la même nature que le rhumatisme articulaire. Elle présente la même mobilité, la même facilité au déplacement, la même absence de tendance à la suppuration, la même apparition spontanée, la même disparition rapide. Elle reconnaît les mêmes causes, se produit dans les mêmes circonstances étiologiques, offre le même mode de développement, d'évolution, la même marche, les mêmes altérations locales, les mêmes lésions anatomo-pathologiques.

Elle se rattache donc à la même diathèse que l'arthrite rhumatismale.

Mais, lorsque le rhumatisme frappe la bourse séreuse rétro-olécrânienne en épargnant la synoviale articulaire, c'est que ce rhumatisme est fort bénin. Le professeur Peter (1) fait remarquer que le rhumatisme des bourses séreuses et même celui des synoviales tendineuses constitue une forme essentiellement légère du rhumatisme.

Selon son degré d'intensité, le rhumatisme s'attaquera à des parties plus ou moins bien organisées, plus ou moins résistantes. Est-il très intense, il frappera les séreuses même les plus parfaites, le péricarde, l'endocarde, la plèvre. Est-il d'intensité moyenne, il épargnera ces séreuses, mais pourra atteindre les synoviales articulaires, déjà moins bien organisées.

Est-il d'intensité plus faible encore, il se bornera à toucher les gaines synoviales tendineuses moins bien constituées que les synoviales articulaires.

1. Peter. *Lec. clin. méd. Rhumatisme aigu*, XVIII^e leçon, p. 360 et suiv.

Est-ce un rhumatisme léger, il s'adressera uniquement aux rouages les moins parfaits de l'appareil locomoteur, aux bourses séreuses sous-cutanées, les synoviales de glissement étant moins bien organisées que les synoviales articulaires.

L'inflammation rhumatismale de la bourse séreuse rétro-olécrânienne est donc bien dûe au rhumatisme ; lorsque cette bourse séreuse rétro-olécrânienne est frappée, alors que les autres synoviales ne le sont pas, c'est que le rhumatisme est léger. On n'aura pas à craindre dans ce cas d'endocardite, de péricardite, de pleurésie : aucune séreuse profonde ne sera atteinte.

Symptomatologie. — Dans le cas où l'articulation du coude est prise en même temps que la bourse séreuse rétro-olécrânienne on a les symptômes de l'arthrite rhumatismale habituelle.

Lorsque la bourse séreuse rétro-olécrânienne est seule atteinte, ou que la bursite séreuse rétro-olécrânienne est accompagnée de l'inflammation rhumatismale d'autres bourses séreuses, voisines ou éloignées, on remarque les symptômes suivants :

1° *Prodromes.* — Parfois des prodromes généraux précèdent les symptômes locaux. Quand ils existent, ils ne présentent d'ailleurs pas de gravité. Ils consistent en malaise, courbature, anorexie, soif plus ou moins vive, légers frissons, faible élévation de température. Puis au bout de 12 à 24 heures au plus apparaissent les accidents locaux au niveau de la bourse séreuse rétro-olécrânienne. Dans les deux observations que nous rapportons ici ces prodromes ne se sont pas manifestés.

2° *Symptômes.* — *A. Locaux.* — Les symptômes locaux sont suffisamment caractéristiques pour faire de la bursite séreuse rhumatismale rétro-olécrânienne une affection particulière qu'il est possible de séparer de toute lésion articulaire ou même péri-articulaire :

Le premier symptôme, le plus frappant, est la *douleur*. Elle a une physionomie spéciale. Elle est spontanée, généralement aiguë, lancinante, exagérée par le moindre mouvement. Parfois elle est sourde. Il arrive, dans certains cas, que la douleur est de médiocre intensité. (Obs. X).

La douleur provoquée par la pression est très pénible.

Cette douleur est nettement délimitée au siège de la bourse séreuse rétro-olécrânienne.

Dans le cas qu'il nous a été donné d'observer, elle était exactement localisée à la face postérieure de l'olécrâne, sur une surface ovale de trois centimètres de long et de deux centimètres de large environ. Par la pression on la provoquait au niveau de l'insertion du tendon du triceps sur la face supérieure de l'olécrâne, soit que la bourse séreuse rétro-olécrânienne sous-cutanée remontât à ce niveau, soit qu'il existât une bourse séreuse sus-olécrânienne également malade. Les deux gouttières qui se trouvent de chaque côté de l'olécrâne n'étaient pas douloureuses. Les bourses séreuses épitrochléennes et épicondyliennes ne l'étaient pas davantage. La pression sur le pli du coude ne produisait aucune douleur.

La douleur au niveau de la bourse séreuse rétro-olécrânienne était accompagnée d'un sentiment de *tension*.

Les mouvements volontaires ou provoqués d'extension

ou de flexion de l'avant-bras sur le bras étaient pénibles et amenaient dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne une exacerbation de la souffrance. Mais l'articulation du coude n'était pas atteinte, car les mouvements communiqués, un choc sur le poignet, le bras étant allongé, ne produisait aucune douleur dans l'articulation.

Une pression méthodique sur les muscles biceps, triceps, épicondyliens, épitrochléens, ne causait aucune souffrance au malade. Ces différents muscles fonctionnaient d'ailleurs sans douleurs.

Un second symptôme est la *tuméfaction*. Elle occupe toute la surface douloureuse, et par conséquent toute la cavité de la bourse séreuse rétro-olécrânienne. Elle est délimitée par une rougeur inflammatoire peu intense, ou plutôt par une *teinte rosée*, disparaissant à la pression du doigt, se montrant sur toute la superficie occupée par la bourse séreuse rétro-olécrânienne.

Il existe au nouveau de la bourse séreuse rétro-olécrânienne une *augmentation de température*. Dans l'observation X, cette élévation amenait une différence de deux degrés avec la température de la région symétrique opposée.

On ne constate pas de crépitation dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne malade.

Parfois, en l'absence de tout signe de phlegmasie, tel que tuméfaction, rougeur, chaleur, il existe cependant des douleurs très vive (Charcot).

Bientôt ces différents symptômes s'accusent davantage.

La bourse séreuse rétro-olécrânienne présente un *empâtement œdémateux*, parfois peu sensible, généralement

très marqué. Puis, un peu d'épanchement liquide se produit rapidement.

On perçoit une fluctuation manifeste dans la cavité de la bourse séreuse rétro-olécrânienne.

B. — *Généraux.* — En même temps que se manifestent ces symptômes locaux apparaissent des phénomènes généraux. Le malade est en proie à la soif, à la fièvre (température 38° à 39°, pouls 100).

Il ressent du malaise général; il a des frissons, des sueurs assez abondantes, d'odeur aigre. La peau est chaude.

A l'auscultation on ne perçoit rien d'anormal au cœur, à moins qu'à la bursite rhumatismale rétro-olécrânienne ne se joignent d'autres manifestations au niveau des articulations. Mais le rhumatisme qui frappe la bourse séreuse rétro-olécrânienne en épargnant les synoviales articulaires épargnera « *a fortiori* » les séreuses profondes.

Marche. — La bursite rhumatismale rétro-olécrânienne a en général une marche subaiguë : les deux observations que nous donnons en sont la preuve.

Dans l'observation IX la bourse séreuse rétro-olécrânienne demeura atteinte pendant près de quarante jours. Dans l'observation X elle garda de l'empâtement pendant sept jours. Ce sont deux cas véritablement subaigus. Généralement l'affection ne se fixe à la bourse séreuse que pendant quelques jours, souvent pendant 48 heures seulement.

La rougeur, la chaleur et parfois le gonflement disparaissent en même temps que la douleur. Mais, fréquemment, même après la disparition des symptômes aigus, il subsiste une tuméfaction, un empâtement, pendant un

certain temps encore. C'est ce que l'on voit dans les deux observations n° IX et n° X.

Dans les observations n° IX et n° X une seule bourse séreuse rétro-olécrânienne est prise dans chaque cas mais dans l'observation du Dr Fleury les deux bourses séreuses prérotuliennes furent atteintes successivement.

Diagnostic. — Si le rhumatisme atteint à la fois la bourse séreuse rétro-olécrânienne et les diverses parties de l'articulation du coude (synoviale, muscles, bourses tendineuses, etc...) la bursite séreuse rétro-olécrânienne pourra passer inaperçue, perdue au milieu des autres manifestations articulaires rhumatismales qui accompagnent sa propre inflammation. Elle existe cependant, et peut encore être étudiée séparément. Certes, dans le cas d'arthrite rhumatismale du coude, ce qui tout d'abord attirera l'attention, ce sont les manifestations articulaires proprement dites, puis aussi les complications possibles du côté des grandes séreuses (endocardite, péricardite, etc...). Mais une exploration attentive et méthodique permettra de déceler des douleurs nettement circonscrites à la bourse séreuse rétro-olécrânienne, et de diagnostiquer ainsi la bursite rhumatismale, qui n'est alors qu'une manifestation accessoire de la maladie générale. La bourse séreuse rétro-olécrânienne peut être atteinte par le rhumatisme sans que l'articulation du coude ni aucune autre articulation soit touchée. Le diagnostic ne présente guère de difficulté : L'apparition subite à la face postérieure de l'olécrâne d'un gonflement bien limité à l'étendue de la bourse séreuse rétro-olécrânienne et l'envahissant toute l'entière d'enlèée; la teinte rosée spéciale

des téguments (parfois l'absence de coloration), à ce niveau, la douleur bien limitée au contour de la bourse séreuse sont vraiment caractéristiques.

Cette rougeur, cette chaleur, ce gonflement, cette douleur ne pourront pas induire en erreur, et faire croire à une suppuration de la bourse séreuse rétro-olécrânienne, d'abord à cause de l'apparition brusque, spontanée des symptômes; à cause de la non-propagation de l'inflammation, qui demeure parfaitement localisée à la bourse séreuse rétro-olécrânienne; à cause de l'absence d'engorgements ganglionnaires épitrochléens et axillaires; à cause de la non-production de traînées lymphangitiques. De plus on ne trouvera ni cet œdème particulier qui indique la présence du pus et qu'accompagnent des phénomènes aigus fébriles, ni ces douleurs subaiguës indiquant une lésion profonde.

Les antécédents héréditaires ou personnels, d'autres manifestations générales ou locales, dépendantes de l'arthritisme, pourront dans certains cas éclairer le diagnostic (Obs. n° IX et X).

L'évolution de l'affection et sa terminaison viendront ensuite le confirmer.

Lorsque la bursite rhumatismale rétro-olécrânienne se produit alors que d'autres articulations, voisines ou éloignées, sont touchées par le rhumatisme, le diagnostic devient encore plus facile (Obs. n° X).

Mais il est plus épineux lorsque le sujet est en même temps atteint de blennorrhagie. On peut penser qu'il s'agit d'une bursite blennorrhagique rétro-olécrânienne.

On devra considérer d'abord que la bursite blennor-

rhagique fréquente au niveau de certaines bourses (rétro-calcanéenne, prérotulienne, etc...) est très rare au niveau de la bourse séreuse rétro-olécrânienne.

De plus, la bursite blennorrhagique s'accompagne de douleurs excessivement vives, même à l'état subaigu, alors que la rougeur et la tuméfaction ne sont pas considérables. Elle est plus douloureuse que la bursite rhumatismale et même après la guérison, la bourse séreuse demeure encore longtemps d'une sensibilité exquise à la pression (1).

Enfin, la bursite blennorrhagique est remarquable par sa fixité, la bursite rhumatismale par la facilité et la rapidité avec laquelle elle disparaît pour reparaitre.

Un bon caractère de la bursite blennorrhagique est sa longue durée. La bursite rhumatismale, sauf exception (Obs. n° IX), n'a qu'une existence éphémère.

Pronostic. — Il est bénin au point de vue local, car la résorption est rapide, et cette passagère inflammation de la bourse séreuse rétro-olécrânienne n'entraîne aucune altération des mouvements du coude lorsqu'elle a disparu.

De plus, il n'y a pas à craindre la suppuration de la bourse séreuse.

Enfin, la bursite rhumatismale rétro-olécrânienne n'entraîne pas de symptômes généraux graves, pas de retentissement sur les grandes séreuses, sauf dans le cas où elle est accompagnée de lésions articulaires multiples.

1. Fournier. *Dict. méd. et chir. pratique*. Art. *Blennorrhagie*, p. 237.

Le pronostic est donc bénin au point de vue local et au point de vue général.

Anatomie pathologique. — Les altérations des bourses séreuses atteintes par le rhumatisme, en particulier celles de la bourse séreuse rétro-olécrânienne, sont peu connues, faute d'autopsies.

Cependant, quelques bourses séreuses ont été ouvertes au cours du rhumatisme, soit par suite d'une erreur de diagnostic, soit comme méthode de traitement.

C'est ainsi que B. Bell déclare que dans les tumeurs des bourses séreuses (et il s'agit de bourses séreuses rétro-olécrânienne ou de bourse séreuse prérotulienne) survenant sous l'action du rhumatisme, se trouve un liquide transparent et fluide, ressemblant à la synovie des jointures. « C'est du moins ce que j'ai observé dans toutes celles que j'ai vu ouvrir », ajoute-t-il.

La surface interne de la bourse séreuse est rouge, veloutée; ses parois semblent épaissies; les franges et travées, que l'on y trouve souvent, sont injectées.

Traitement. — Le traitement de la bursite rhumatismale rétro-olécrânienne est identique au traitement de l'arthrite rhumatismale.

A l'intérieur, salicylate de soude (G. Sée) 5 à 6 grammes en plusieurs fois par 24 heures. La médication est recommencée plusieurs jours, et on diminue progressivement les doses quand l'amélioration se manifeste (Dieulafoy). En diminuant les doses de salicylate on peut lui associer l'antipyrine, 2 grammes.

1. B. Bell. *A system. of surgery. Edinburgh. 1787. T. V, sect. III, paragr. 3, p. 479 et suiv.*

Comme boisson, le malade prendra de la limonade, de l'eau vineuse, du lait coupé avec de l'eau de Vichy.

Pendant la phase aiguë la face postérieure du coude sera badigeonnée avec un liniment ainsi composé :

Huile de camomille.	15 parties
Chloroforme	10 —
Laudanum.	5 —

On pourra également entourer le coude d'ouate laudanisée.

Si les douleurs au niveau de la bourse séreuse devenaient intolérables, elles seraient calmées par des injections d'eau pure à ce niveau, auxquelles on ajoutera matin et soir de légères injections morphinées.

Après la phase aiguë, la teinture d'iode en application sur la bourse séreuse pourra accélérer la résorption de l'épanchement.

OBSERVATION IX

Communication du Dr C. M. Fleury à la Société de Médecine (*Loire Médicale*, 1891, pages 161 et suiv., n°9 1,3 26).

T..., 43 ans, wagonnier au chemin de fer, de bonne santé habituelle, n'a jamais fait de maladie.

En avril 1890 il éprouve dans diverses articulations des douleurs rhumatismales qui disparaissent en 5 ou 6 jours sous l'influence de frictions locales. C'était, du reste, la première atteinte de rhumatisme qu'il subissait.

Le 20 mai 1890, il est obligé de courir quelques instants ; il prend chaud, puis la pluie venant à tomber il est mouillé.

Le lendemain il éprouve au niveau du coude droit, en arrière de l'olécrâne, une douleur vive ; la peau est soulevée à ce niveau ; elle est rouge et enflammée ; c'est la bourse séreuse sous-jacente qui est le siège de cette poussée inflammatoire.

Le 27 mai, douleur vive au niveau du genou droit, en avant de la rotule : peau rouge, enflammée, tuméfiée ; c'est la bourse prérotulienne qui est à son tour le siège d'un processus inflammatoire aigu.

Huit jours après, la bourse prérotulienne gauche est prise à son tour et offre les mêmes symptômes. Cependant, l'état général n'était que peu influencé et la fièvre peu intense ; les mouvements fonctionnels étaient restreints par la douleur seulement, les articulations restant indemnes.

Le mois de juin s'écoula tout entier en traitements divers : Salicylate de soude, puis iodure de potassium, à l'intérieur ; d'abord frictions calmantes, puis résolutives, à l'extérieur : liniments laudanisés pendant la phase aiguë et ensuite teinture d'iode et sparadrap de Vigo. La douleur fut calmée assez rapidement, mais la résorption de l'épanchement se fit attendre jusqu'en juillet.

Au commencement de ce mois, le coude droit était guéri ; les genoux s'améliorèrent progressivement et successivement.

Le 15 juillet. — T..., put reprendre son travail, qu'il n'a pas interrompu depuis cette époque. On percevait nettement encore une saillie légère de la peau, avec induration sous-jacente, au niveau des bourses olécrâniennes et prérotuliennes ; le liquide s'était résorbé sans passer à la suppuration, et sans nécessité d'intervention chirurgicale.

En résumé, inflammation de la bourse séreuse olécrânienne, droite, suivie à quelques jours d'intervalle de celle des bourses prérotuliennes de chaque côté.

On ne retrouve à l'origine ni traumatisme ni irritation chronique provoquant un hygroma aigu ou subaigu, comme on en

remarque dans diverses professions, et comme j'en ai remarqué quelques-uns chez des mécaniciens ou chauffeurs des chemins de fer. Ces agents, obligés de se tenir debout pendant la marche des trains, s'appuyent fréquemment sur le coude pour se délasser, et le frottement répété finit par amener l'inflammation de la bourse olécrânienne.

Le seule maladie dont T... ait été atteint a consisté en douleurs articulaires vagues, un mois avant ces hygromas multiples ; un refroidissement a précédé l'invasion. Dès lors, il me paraît logique d'attribuer au rhumatisme la paternité de ces manifestations. Tel est aussi l'avis du Dr Chavannis, qui a bien voulu voir le malade.

La marche de la maladie correspond, du reste, à celle du rhumatisme : les poussées inflammatoires se sont faites successivement sur trois bourses séreuses, ainsi qu'il arrive pour les articulations qui se prennent successivement et parfois symétriquement.

L'intérêt principal de cette observation réside dans la localisation spéciale du rhumatisme sur plusieurs bourses séreuses sous-cutanées, à l'exclusion de toute autre manifestation ; les auteurs divers que nous avons compulsés signalent bien l'inflammation isolée de ces séreuses ; nous n'avons trouvé mention d'hygromas aigus multiples que dans un travail présenté, en 1889, à la Société de Chirurgie, par M. Terrillon, sur l'inflammation d'une bourse séreuse située au-dessous du tendon rotulien (prétibiale de Til-laux). Cette affection très rare, signalée antérieurement par Gos-selin et Treudelenbourg, est considérée comme étant d'origine rhumatismale ; elle est souvent la conséquence d'une poussée voisine, et elle serait presque toujours bilatérale.

Dans notre cas, il s'agit des bourses olécrâniennes et prérotuliennes : l'évolution est analogue, mais aucune des articulations sous-jacentes n'a été malade.

OBSERVATION X (personnelle).

E... T..., 30 ans, étudiant en médecine, de constitution robuste, sanguine, teint coloré.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Bronchites et angines fréquentes dans le courant de l'enfance et de l'adolescence. Système nerveux facilement surexcitable ; dyspepsie acide ; dilatation de l'estomac qui fait saillie à la région épigastrique : bruit de clapotage à la percussion ; bruit de succussion lorsque le malade se secoue. Parfois T... a eu quelques éruptions cutanées légères à forme eczémateuse. Le malade est grand buveur de bière.

Son foie est volumineux.

Il a eu une blennorrhagie récente dont l'écoulement subsiste encore.

Il n'avait pas ressenti jusqu'ici de manifestations articulaires pouvant être rapportées à la goutte ou au rhumatisme.

Le 3 janvier 1893. — En patinant sur la glace, T... a fait une chute dans laquelle le coude gauche a porté : contusion légère, sans érosion, gonflement, ni ecchymose.

Douleur assez aiguë, au début, mais qui va en s'atténuant. Elle persiste pendant 15 à 18 jours environ, c'est-à-dire jusque vers le 20 janvier.

Maladie actuelle. — Toute douleur avait disparu, lorsque le 28 février, T... ressent au genou gauche une vive douleur au niveau de l'articulation.

Dans la nuit : sueurs abondantes, d'odeur aigre, pouls 90 pulsations. T. 38°.

Le 1^{er} mars. — Le genou droit est atteint à son tour. Les urines sont rares, foncées, sédimenteuses, riches en urates et en urée.

T. m. 38°. T. s. 38°,5.

Les 2, 3, 4, 5 mars. — L'état reste le même ; ni délire ni céphalalgie.

Le 6 mars. — Diarrhée abondante, fluide, séreuse. La langue reste humide et normale.

La douleur et le gonflement des genoux disparaissent, pour apparaître dans les coudes, qui deviennent gonflés, rosés, chauds.

Le 8 mars. — Les coudes sont moins douloureux, mais les articulations des hanches et des épaules sont prises à leur tour symétriquement et simultanément. Le pouls donne 100 pulsations. T. m. 38°,2. T. s. 39°.

Du 8 au 15. — Les articulations carpo-métacarpiennes, métacarpo-phalangiennes, tarso-métatarsiennes sont touchées à leur tour. Celles des gros orteils ne sont pas épargnées, et le malade ressent même de vives douleurs au niveau des articulations des vertèbres lombaires. Ces diverses articulations ont été atteintes parfois simultanément, parfois alternativement, la douleur ne séjournant pas longtemps au même point.

Le 19 mars. — Bien que les douleurs des articulations des deux coudes aient complètement disparu ainsi que les diverses autres manifestations articulaires, T... ressent une certaine douleur à la partie postérieure de l'olécrâne gauche ; une tumeur, du volume d'un œuf de pigeon survient, brusquement, dans la région occupée par la bourse rétro-olécrânienne et nettement limitée à cette bourse.

La peau est légèrement rosée. La douleur soit spontanée, soit provoquée par la pression, est peu considérable ; il existe seulement de la gêne dans les mouvements, gêne dûe non à la raideur de l'articulation du coude qui est indemne, mais à la présence de la tumeur.

Au palper, celle-ci, qui présente exactement la forme de la

bourse séreuse rétro-olécrânienne, offre un empâtement œdémateux très marqué.

Le 20 mars. — On constate une fluctuation évidente (dûe à un épanchement de sérosité dans la bourse séreuse), mais pas de crépitation.

La température des téguments au niveau de la bourse malade semble plus élevée qu'au niveau de la bourse séreuse symétrique (de 2° environ).

Cette tumeur, dont le début a été très brusque, atteint son développement maximum en quarante-huit heures et dure sept jours, pendant lesquels elle s'efface graduellement.

Cependant, à la partie interne du genou droit, un point douloureux subsiste au niveau de la tête du péroné, dû sans doute à l'inflammation de la bourse séreuse sur laquelle glisse le tendon du muscle biceps. Mais on ne constate ni gonflement, ni rougeur, ni chaleur.

La douleur n'est pas très aiguë et disparaît au bout de quelques jours.

En ce moment, 26 mars, T..., a le teint très pâle, d'un blanc mat, est fort anémié et a beaucoup maigri. Ses mouvements sont difficiles, moins à cause de la raideur des articulations, qu'à cause de la parésie rhumatismale légère dont ses muscles sont atteints. L'hygroma a disparu, mais un palper attentif permet de reconnaître encore un peu d'empâtement ; il n'existe pas la moindre sensibilité à la pression.

L'intérêt principal de cette observation nous a semblé résider en ce fait, que la bourse séreuse rétro-olécrânienne est devenue malade, alors que les articulations des deux coudes étaient parfaitement guéries, et que même toute manifestation rhumatismale au niveau des autres articulations avait disparu. Il semblerait que le

rhumatisme n'ayant plus une intensité suffisante, vers son déclin, pour se maintenir sur les séreuses mieux organisées des synoviales articulaires, a dû se restreindre à la bourse séreuse rétro-olécrânienne, moins bien constituée, moins résistante.

Un autre fait intéressant consiste en ce que c'est précisément la bourse séreuse sous-cutanée, contusionnée dans une chute, six semaines auparavant, qui s'est vue atteinte par le rhumatisme, alors que les autres bourses séreuses sous-cutanées sont demeurées indemnes.

Ne peut-on pas légitimement supposer que cette contusion minime, il est vrai, a cependant été suffisante pour désigner au rhumatisme cette bourse séreuse rétro-olécrânienne comme siège favorable à l'une de ses manifestations.

Il ne nous semble pas impossible que la bourse séreuse rétro-olécrânienne guérie en apparence de son traumatisme léger, n'ait pas obtenu une guérison parfaite, une « *restitutio in integrum* », et était demeurée un « *locus minoris resistentiæ* (1). »

Enfin, une troisième circonstance nous semble devoir attirer l'attention. Le malade, au moment des manifestations rhumatismales, était atteint de blennorrhagie ancienne.

Devait-on considérer comme blennorrhagiques les douleurs articulaires dont il souffrait ? Nous ne l'avons pas pensé. Il nous a semblé que nous étions en présence d'un rhumatisme vrai. Les antécédents et la constitution

1. L. H. Petit. *Gaz. hebdomad. medec. et chirurgie*, 1875, p. 706-710. *De locis minoris resistentiæ*.

arthritique du sujet nous portait d'abord à ce diagnostic. D'autre part le pseudo-rhumatisme blennorrhagique est presque toujours mono-articulaire. Ici presque toutes les articulations ont été prises.

Dans les cas très rares où le pseudo-rhumatisme blennorrhagique est poly-articulaire les petites articulations sont, en général, épargnées : dans notre observation les doigts et les orteils ont été touchés.

Le gonflement de la bursite blennorrhagique est incolore d'habitude et excessivement douloureux.

Chez T. le gonflement était rosé et la pression, au niveau de la bourse séreuse rétro-olécrânienne, bien que douloureuse, était supportable.

De plus, l'arthrite et la bursite blennorrhagiques sont remarquables par leur fixité : il ne s'agit pas d'une fluxion articulaire plus ou moins fugace comme dans le rhumatisme franc ; même alors que l'affection doit frapper plusieurs points, celui qui est atteint au début fixe le mal jusqu'à la fin (1).

Or, chez notre malade, la fluxion a été essentiellement fugace et mobile, quittant les genoux pour se porter aux coudes, et abandonnant ceux-ci pour gagner les hanches et les épaules, puis délaissant les grandes articulations pour les petites, cessant enfin dans toutes les jointures pour occuper exclusivement la bourse séreuse rétro-olécrânienne.

Remarquons aussi que la bursite blennorrhagique a

1. Dieulafoy. *Pathol. int.* T. II, p. 678. — Fournier. Art. *Blennorrhagie* in *dict. méd. et chir.* et *Annales de dermatologie*, 1869. T. I.

une longue durée. Dans notre observation la bursite a duré seulement sept jours.

Dans la bursite blennorrhagique, même après la guérison, la bourse séreuse demeure encore longtemps douloureuse à la pression. Chez notre malade la pression ne produit plus aucune douleur au niveau de la bourse séreuse rétro-olécrânienne à partir du septième jour.

Enfin, il est bon d'observer que si la bursite blennorrhagique n'est pas rare, elle se localise très rarement dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne, au point qu'il nous a été difficile d'en trouver des observations soit à l'hôpital, soit dans la littérature médicale.

De ce qui précède nous avons cru pouvoir conclure que nous nous trouvions en présence d'un rhumatisme franc, à manifestations articulaires, qui, vers son déclin, a abandonné toutes les articulations, pour se fixer pendant quelques jours sur une bourse séreuse sous-cutanée désignée à cet effet par un traumatisme léger, récent.

B. — BURSITE GOUTTEUSE.

Historique. — Parmi les auteurs qui se sont occupés des maladies des bourses séreuses sous-cutanées, presque tous ceux qui ont signalé les affections rhumatismales de ces petites cavités closes n'ont pas omis de rappeler les manifestations morbides qui s'y produisent dans la goutte.

1. Fournier. *Loco citato.*

Gooch, Camper paraissent les avoir connues. Bell, Monro, Herwig, Rosenmuller, Koch, Bielkiewicz, Bérardet, Denonvilliers, Kœberlé, Chassaignac, Pineau les mentionnent.

Cruveilhier, Rendu, Labadie-Lagrave et Jaccoud, Garrod, Trélat, Nancrède, signalent des manifestations goutteuses au niveau de la bourse séreuse rétro-olécrânienne (1).

Duplay (1891), rappelle que : « Chez les goutteux invétérés des dépôts de matière tophacée infiltrent les parois et remplissent la cavité. Je me rappelle, dit-il, avoir opéré un malade qui présentait des tophus sur différentes parties du corps et qui avait un hygroma olécrânien. Ce dernier était rempli de matière crayeuse, enflammé, ulcéré et fournissait un abondant écoulement de pus ».

Déjà en 1878, dans une « *Etude clinique sur deux cas de goutte* », P. Pouzet (2) publiait une longue observation dans laquelle était décrit un cas superbe de tophus de la bourse séreuse rétro-olécrânienne gauche.

En 1892, Th. de Ferreira (3) nous montre dans l'ob-

1. Cruveilhier. *Atlas d'anatomie patholog. Maladies des articulations (Goutte)* p. 2 (1828). — Rendu. *Dict. encyclopéd. Sciences méd. Art. Goutte*, 1884. — Labadie-Lagrave et Jaccoud. *Nouveau dict. méd. et chir.*, 1872. Art. *Goutte*, p. 574. — Garrod. *Traité de la goutte* (1862). — Trélat. *Gaz. Hop.*, 1882, p. 618. — Nancrède. *Encyclop. internal.* 1884. *Affect. des bourses séreuses*.

2. Duplay. *Union médic.* Paris, 1891, 3^e s., LI, p. 308-312.

3. P. Pouzet. Th. Paris, 1878.

4. Th. de Ferreira. Thèse Paris, 1892, obs. I.

servation I de sa thèse inaugurale un goutteux « dont le coude droit est rouge et gonflé ; la pression sur l'*olécrâne* éveille de la douleur ». L'épicondyle et l'épitrochlée sont à peine sensibles. Plus loin, il ajoute : « le coude exécute des mouvements de flexion, mais la pression sur le bec de l'*olécrâne* amène une vive douleur ».

Étiologie et pathogénie.— Pouzet fait remarquer que les tophus sont plus fréquemment signalés dans les bourses séreuses sous-cutanées que dans les bourses séreuses tendineuses, bien qu'ils existent aussi dans ces dernières. Il estime que cela provient peut-être de ce que, dans les bourses séreuses des tendons, ils passent souvent inaperçus, y étant généralement moins volumineux, isolés, indolents, plus profonds.

Garrod (1) constate aussi que les différentes bourses séreuses sont très sujettes à s'enflammer chez les goutteux et qu'elles peuvent rester distendues même après que l'inflammation aiguë s'est dissipée. « La *bourse séreuse-olécrânienne* est surtout prédisposée à se laisser distendre de la sorte dit-il ; fréquemment on rencontre ses parois épaissies, et, dans son intérieur on sent comme de petits noyaux très consistants ; dans certains cas, à la suite d'attaques répétées, elle acquiert un volume considérable. » Il revient encore plus loin (p. 110) sur ce sujet pour faire remarquer que l'on rencontre très fréquem-

1 Pouzet. *Loco citato*.

2. Garrod. *Traité de la goutte*. Trad. Olivier, Annot, Charcot, 1867, p. 92 et 110.

ment des collections d'urate de soude dans la bourse séreuse olécrânienne.

Pour H. Rendu (1), parmi les bourses séreuses sous-cutanées qu'atteint ordinairement la goutte, la bourse séreuse rétro-olécrânienne viendrait au troisième rang par ordre de fréquence.

Avant elle et en première ligne viendraient les bourses séreuses qui entourent le gros orteil et les têtes des métatarsiens ; en seconde ligne la bourse séreuse du calcaneum. Mais elle serait plus fréquemment lésée que la bourse séreuse prérotulienne et beaucoup plus souvent que les bourses séreuses qui entourent l'ischion et le grand trochanter.

Sydenham (2) n'avait pas été sans s'apercevoir aussi que la bourse séreuse rétro-olécrânienne est un lieu propice aux manifestations goutteuses : « Dans quelques cas, dit-il, la matière morbifique se jette sur les coudes et y forme une tumeur blanchâtre, qui est presque de la grosseur d'un œuf et qui s'enflamme et rougit peu à peu. »

Pourquoi la bourse séreuse rétro-olécrânienne est-elle le siège si fréquent de manifestations morbides chez les goutteux ?

« Une lésion produite en un point du corps n'agit pas seulement en provoquant le développement de la goutte, mais encore en déterminant le siège de l'affection locale. »

Ainsi parle Garrod (3). Sendamon (4) est du même

1. H. Rendu. *Dict. sc. encyclop. méd.* Art. *Goutte*.

2. Sydenham. *De podagra et hydrope*. Londres 1683.

3. Garrod. *Loco citato*, p. 325.

4. Sendamon. *Traité de la goutte*, 1823, 149.

avis. Il en est de même de Berger (1), de Thiriar (2), de Rendu.

Cruveilhier érige en « loi » la règle suivante : « Loi : Les articulations qui éprouvent les frottements, les pressions les plus considérables, sont le siège spécial de la goutte » (3).

« Une affection générale quelconque, *in actu*, retentit de préférence sur les points qui ont été autrefois le siège d'une lésion, dit L. H. Petit (4).

Or, est-il beaucoup de points du corps qui soient aussi fréquemment heurté, contusionné, que ne l'est la bourse séreuse rétro-olécrânienne?

Traumatismes professionnels ou accidentels, violents ou légers, aigus ou chroniques, elle les subit tous, à chaque instant : on pourrait dire même que sa fonction est de subir des traumatismes pour protéger l'olécrâne et la peau sus-jacente. Il n'est donc pas étonnant que ce « *locus minoris resistentiæ* », par excellence, soit un des sièges préférés des manifestations gouteuses.

Boerhaave, Van Swieten (5), pensaient que si le pied est le siège le plus fréquent de la goutte, c'est en partie

1. Berger. *De l'influence des maladies constitutionnelles sur la marche des lésions traumatiques*. Th. agrég., 1875.

2. Thiriar. *Presse médic. Belge*. Bruxelles, 1883, XXXV, p. 377. *De l'influence du traumatisme sur la goutte*.

3. Cruveilhier. *Atlas d'anatomie pathologique. Maladies des articulations (Goutte)*, 1828, p. 7.

4. L. H. Petit. *Gaz. hebd. méd. et chir.*, 1875, p. 706-710.

5. Van Swieten. *Commentaria in Boerhaviï aphorismos*, 1764, t. IV, p. 354.

parce qu'il est l'organe le plus exposé aux chocs, pressions et froissements de toute nature. Ce qu'ils ont dit du pied pourrait, à un degré moindre, se dire de la bourse séreuse rétro-olécrânienne.

Aussi, Garrod (1) ayant observé que les violences extérieures déterminent le siège de concrétions tophacées, ajoute-t-il: « Il est probable que les collections d'urate de soude, que l'on rencontre si fréquemment dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne, y sont en partie produites sous l'influence de pressions réitérées. »

L'observation XI est, croyons-nous, une preuve de localisation des manifestations goutteuses dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne à la suite de contusions chroniques légères.

Les manifestations goutteuses peuvent débiter par une des bourses séreuses rétro-olécrâniennes et se porter ensuite sur d'autres points du corps. Le cas est rare. Parfois, mais plus rarement encore, les manifestations goutteuses ayant pour siège la bourse séreuse rétro-olécrânienne sont les seules qui se produisent (Obs. XI).

Le plus ordinairement les petites jointures sont prises d'abord et la bourse séreuse rétro-olécrânienne n'est atteinte qu'ensuite. C'est une règle inverse de celle de la syphilis, qui marche généralement de l'extérieur vers l'intérieur.

Les infiltrations des bourses séreuses rétro-olécrâniennes seraient des lésions secondaires.

1. Garrod. *Loco citato*, p. 110.

Les deux bourses séreuses rétro-olécrâniennes peuvent être atteintes simultanément ou successivement, quelquefois une seule sera touchée.

Sur onze cas de goutte de la bourse séreuse rétro-olécrânienne relevés par nous dans deux observations, les deux bourses séreuses rétro-olécrâniennes étaient le siège de la goutte.

Dans deux observations la bourse séreuse rétro-olécrânienne droite était seule malade.

Dans trois autres observations une seule bourse séreuse rétro-olécrânienne était le siège de dépôts tophacés, mais le côté n'est pas indiqué.

Enfin quatre observations nous présentent la bourse séreuse rétro-olécrânienne comme seule atteinte.

Si l'on s'en rapporte à cette statistique, la bourse séreuse rétro-olécrânienne gauche semblerait être, relativement à la bourse rétro-olécrânienne droite, le siège de prédilection des manifestations goutteuses.

Cette proportion plus élevée de bursites goutteuses siégeant à gauche viendrait corroborer l'opinion de Garrod, qui prétend, d'une façon générale, que la goutte se localise d'abord de préférence sur les articulations du côté gauche.

Sur ces onze observations, dix des sujets sont masculins; un seul est du sexe féminin.

L'âge des sujets dans ces onze observations est de 49 à 67 ans. Dans un cas il n'est pas noté.

Symptomatologie. — La bursite goutteuse rétro-olécrânienne sous-cutanée peut se produire, soit dans une

attaque de goutte aiguë, soit dans une attaque de goutte chronique, soit dans l'intervalle des attaques aiguës ou chroniques.

I. — *Bursite goutteuse survenant dans une attaque de goutte aiguë.* — La douleur ouvre la scène, elle ne siège pas au niveau de l'interligne articulaire mais dans toute l'étendue de la bourse séreuse rétro-olécrânienne ; elle est *spontanée* et s'exacerbe par le mouvement ou la pression. Même avant que la bourse séreuse rétro-olécrânienne ait subi une modification appréciable, la douleur peut être déjà intolérable.

Ensuite survient la *tuméfaction* de la bourse séreuse rétro-olécrânienne. Il y a congestion veineuse, prémonitoire, atteignant son maximum au moment de la crise ; la peau est luisante, rouge, rappelant l'aspect de la *pelure d'oignon* (Trousseau). Très rapidement l'œdème se produit. A la douleur produite par l'afflux du sang, se joint celle due à la distension mécanique des tissus, leur tiraillement, et la compression des extrémités nerveuses.

La superficie de la bourse séreuse est uniformément empâtée et rouge, et l'on sent une sorte de *fluctuation* et de *rénitence* profonde.

Le gonflement de la bourse séreuse accompagne la douleur, mais ne se montre pas toujours à la même période. Chez certaines malades le gonflement existe déjà alors que la douleur est nulle. Parfois, au contraire, la douleur est intense alors qu'il n'y a pas de tuméfaction. Dans quelque cas l'apparition du gonflement s'accompagne d'une diminution de la douleur.

A la douleur, au gonflement, à la rougeur, il faut ajou-

ter la chaleur. Il se produit au niveau de la bourse séreuse une élévation notable de température. Très rarement ces symptômes se manifesteront uniquement dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne. Souvent, en effet, les bourses séreuses et les gâines tendineuses voisines n'auront pas été épargnées : il en est de même de la synoviale articulaire.

Au bout de deux ou trois jours les paroxysmes sont moins aigus et parallèlement l'œdème diminue.

L'épanchement produit dans la cavité bursale se résorbe assez rapidement et disparaît. Tant qu'il subsiste il donne au doigt la sensation de fluctuation. Cet épanchement de liquide très riche en urate de soude ne laisse résorber de lui que le sérum.

Les particules d'urate de soude ne peuvent malheureusement pas être résorbées aussi. Le liquide se concentre et laisse cristalliser l'urate de soude qu'il contenait.

Mais, dans les attaques aiguës, même quand l'épanchement uraté a été considérable, la quantité d'urate de soude qui reste en dernier lieu est relativement minime, la plus grande partie du volume total du liquide étant constituée par du sérum.

Il faudra donc un assez grand nombre d'attaques aiguës de goutte pour qu'il puisse se former une grande masse calcaire dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne. Parfois, le gonflement de la bourse séreuse rétro-olécrânienne peut persister longtemps après que toute rougeur et toute douleur ont disparu, lors même qu'il ne subsiste aucun tophus.

La consistance du tophus dépendra en grande partie de leur âge (Garrod).

La masse crétacée peut devenir énorme par suite de la répétition des accès.

L'attaque aiguë de goutte peut se porter sur la bourse séreuse rétro-olécrânienne jusque-là indemne. Nous venons de décrire les symptômes qui se produisent alors.

L'attaque aiguë peut aussi se reproduire sur une bourse séreuse rétro-olécrânienne contenant déjà des dépôts calcaires, ainsi qu'on le voit dans l'observation de P. Pouzet (Th. Paris, 1878).

Lorsque la goutte se manifeste violemment sur une bourse séreuse rétro-olécrânienne où existent déjà des dépôts calcaires dus à de précédentes attaques, il y a production nouvelle de sérosité et de matière tophacée, qui s'ajoutant à l'ancien dépôt, amène un gonflement prodigieux. Le derme trop distendu peut parfois se rompre. Quelquefois l'épiderme reste intact. On peut alors apercevoir sérum et urate de soude à travers l'épiderme transparent. Les téguments environnants sont pourpres et menacent de se gangrener ; les douleurs sont excessives (Garrod). Enfin, l'épiderme se déchire, et bientôt, après issue du sérum et des substances solides, tous les symptômes s'amendent.

Lorsque la bourse séreuse rétro-olécrânienne est multiloculaire, on ne voit jamais, après la formation de l'ouverture, la totalité de la matière calcaire sortir à la fois, et il s'écoule souvent fort longtemps avant que l'élimination soit complète. La bourse multiloculaire offre, en effet, une foule de petites loges, une foule de petites cloi-

sons, de fibres tendues d'une cloison à l'autre, de prolongements dendritiques qui tous s'incrustent d'urate de soude, et renferment du tophus dans leurs mailles plus ou moins serrées.

La bourse séreuse rétro-olécrânienne ainsi constituée est analogue à une éponge. Les mailles ne se brisent que les unes après les autres, et les fragments de cristaux se détachent petit à petit, et sont expulsés successivement.

Quelquefois, l'attaque aiguë de goutte débute par l'articulation du coude elle-même, la bourse séreuse rétro-olécrânienne demeurant indemne, et les symptômes vont s'atténuant, quand, vers la fin de l'accès, il s'en présente de nouveaux. L'attaque paraissait terminée lorsque le patient ressent une douleur aiguë, dont la sensation serait analogue à du plomb fondu ou de l'huile bouillante injectée dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne. Cette *douleur* est nettement délimitée à cette bourse : la *tuméfaction* ovoïde est bien circonscrite, elle a une superficie de 3 centimètres de longueur sur 2 centimètres de largeur. La *sensibilité* est exquise à la pression, la peau qui recouvre la bourse séreuse rétro-olécrânienne est de la couleur d'une pivoine, amincie, vascularisée, semble prête à s'ulcérer, comme le ferait un abcès de la bourse séreuse rétro-olécrânienne. On pourrait d'autant mieux croire à l'existence d'un abcès que le lendemain il existe de la fluctuation dans la bourse séreuse, fluctuation due à l'épanchement dans la cavité d'un liquide riche en urate de soude.

Puis, après quarante-huit heures ou plus, les phéno-

mènes aigus s'apaisent, la douleur s'atténue, la coloration pâlit, la tuméfaction s'amointrit, mais elle ne disparaît pas ; comme le dit Garrod (1), « la goutte tend à passer de l'état aigu à l'état chronique ».

D'abord fluctuant, puis pâteux, puis rénitent, le contenu de la bourse séreuse rétro-olécrânienne finit par durcir, en prenant la forme de la cavité dans laquelle il se moule ; il finit par constituer au bout d'un mois une masse ovoïde, plan convexe, ou concavo-convexe, de consistance pierreuse.

Cette masse est mobile sur le plan osseux de l'olécrâne. Parfois la peau n'est pas mobile sur le tophus, car elle peut aussi être elle-même atteinte d'infiltrations uratiques. Lorsqu'elle est indemne on peut la plisser, et elle glisse normalement sur le tophus. Mais, il est rare qu'après plusieurs attaques aiguës, elle ne contracte pas des adhérences avec le tophus de la bourse séreuse rétro-olécrânienne.

Alors, dans l'épaisseur même de la peau de la région postérieure du coude on trouve une matière crayeuse, qui rend les téguments rigides et comme piquetés de taches blanchâtres.

Le pourtour de la pointe du coude présente des vaisseaux dilatés.

Les tophus à évolution rapide sont dus à des attaques aiguës de goutte.

Quelquefois un accès de goutte aigu, subséquent, les fait disparaître (H. Rendu).

1. Garrod. *Loco citato*, p. 69.

II. — Bursite goutteuse survenant dans une attaque de goutte chronique. — La goutte chronique succède généralement à la goutte aiguë.

Cependant la goutte peut, comme le rhumatisme articulaire, revêtir dès l'origine la forme chronique.

Pour spécifier les cas de ce genre, le professeur Monneret proposa la dénomination de goutte chronique d'emblée » (1).

Se produisant dans la goutte aiguë, il est évident que les tophus se retrouveront dans la goutte chronique qui lui succède.

Mais ces épanchements d'urate de soude se produisent également dans la goutte chronique d'emblée.

On retrouve, en effet, dans la goutte chronique des paroxysmes, dont les traits fondamentaux ressemblent à ceux de la goutte aiguë, mais « avec cette différence capitale que les accès sont plus longs, et que dans les intervalles ils ne laissent jamais les malades complètement libres » (Trousseau). Ces attaques de goutte aiguë produiront donc aussi des épanchements uralés dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne, mais les symptômes seront atténués.

La *douleur* spontanée au niveau de la bourse séreuse, sera sourde, vague, peu intense.

Le *gonflement* de sa cavité sera moindre. La *douleur à la pression* sur la superficie de la bourse sera presque insignifiante.

La *rougeur* locale fera défaut.

1. Monneret. *Programme du cours de patholog. int.*, 2^e année, 1862, p. 134.

Les mouvements articulaires pourront s'effectuer. Souvent même l'articulation sera indemne.

Mais, il restera un dépôt solide, plus souvent que dans la goutte aiguë.

Dans celle-ci, nous avons vu que les épanchements uratés sont passagers et disparaissent d'ordinaire entièrement. Il faut une succession d'attaques aiguës pour amener un dépôt d'urate de soude dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne. Dans la goutte chronique, les épanchements sont plus tenaces et persistent pendant de longs mois. Le liquide épanché se concentre, devient concret et l'incrustation uratique lente commence. La bourse séreuse rétro-olécrânienne s'imprègne d'une bouillie plâtreuse, plus ou moins dense, formée de dépôts d'âges différents, parfois durs, parfois vaguement fluctuants, moulant la cavité bursale.

III. — *Bursite goutteuse se produisant dans l'intervalle d'attaques, soit aiguës, soit chroniques.* — La bursite goutteuse ne se produit pas toujours à l'occasion d'une crise articulaire, soit aiguë, soit chronique. Il se forme aussi des épanchements, des concrétions, des incrustations, dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne dans l'intervalle des attaques, et exceptionnellement chez des sujets qui n'ont jamais eu d'attaque articulaire de goutte, ni aiguë, ni chronique, et même chez des individus qui n'ont jamais eu aucune autre manifestation goutteuse (Obs. n. XI).

James Moore (1811), faisait déjà observer que des

1. James Moore. *Transactions médico-chirurgicales*, 1811, p. 133.

épanchements laiteux se produisaient dans les bourses séreuses des goutteux non-seulement pendant les attaques, mais encore dans leur intervalle.

Garrod (1) appuie cette opinion de toute son autorité.

Trousseau (2) fait la même remarque.

H. Rendu (3) déclare que « le plus grand nombre de tophus se produisent silencieusement, sans fièvre, ni malaise local, et qu'ils sont indolents. »

Dieulafoy (4) Pour « bien que les tophus se produisent habituellement après les accès de goutte articulaire il faut ajouter que, ils peuvent apparaître chez des sujets en puissance de la diathèse, mais qui n'en ont pas encore les manifestations articulaires ».

L'observation XI nous paraît un exemple frappant de ces tophus de la bourse séreuse rétro-olécrânienne qui se produisent en dehors de toute attaque de goutte, en l'absence de toutes manifestations goutteuses antérieures ou subséquentes, aiguës ou chroniques.

Marche et terminaison. — La goutte produit d'abord dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne une inflammation, puis un épanchement de liquide uraté, qui se concentre en une bouillie plâtreuse. Celle-ci plus ou moins promptement se transforme en un tophus pierreux. Suivant que la goutte est aiguë ou chronique nous savons que ces transformations seront plus ou moins lentes.

1. Garrod. *Loco citato*.

2. Trousseau. *Lec. clin.* T. III, p. 362.

3. H. Rendu. *Loco citato*.

4. Dieulafoy. *Pathol. int.* T. II, p. 688, édit. 1888.

Mais, qu'advient-il du tophus ainsi déposé dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne.

Il peut demeurer logé dans cette cavité suffisamment spacieuse, toléré par l'organisme et sans provoquer d'autres manifestations.

Dans certains cas il s'accroîtra à chaque nouvelle attaque aiguë ou chronique, par poussées successives.

Dans certains autres il s'accroîtra silencieusement.

Certains tophus de cette bourse séreuse peuvent, après avoir atteint un certain volume, provoquer une rupture brusque de la bourse séreuse et du derme, au cours d'une attaque aiguë, où les tissus trop brusquement distendus éclatent. La bourse séreuse déverse alors au dehors une bouillie composée d'urate de soude, de sérosité et de sang, quelques phénomènes inflammatoires suivent cette expulsion du tophus. Il arrive parfois qu'avant l'expulsion totale, l'orifice se resserre et se referme sur de petits fragments d'urate de soude : l'espèce de cicatrice pourra se rouvrir pour donner issue au reste du tophus, ou bien résister (*Garrod, Lecorché*).

Parfois le dépôt tophacé peut agir à la manière d'un corps étranger et déterminer une inflammation considérable accompagnée de suppuration : il s'en suit une ulcération qui ne cicatrise le plus souvent qu'avec difficulté.

Il se produit un petit phlegmon au niveau de la bourse séreuse rétro-olécrânienne. La peau étant assez dure et assez épaisse à ce niveau l'ulcération est longue à se produire, et toute la région du coude devient douloureuse. Une fois ulcérée la peau laisse échapper du pus, du sang et de petites masses d'urate de soude.

A ces petits phlegmons locaux de la bourse séreuse rétro-olécrânienne succèdent souvent des fistules difficiles à cicatriser, parfois des lymphangites ou des phlegmons du bras.

Cependant, en général, après l'élimination complète du tophus et du pus, la cicatrisation se produit.

Anatomie pathologique. — Le liquide que contient la bourse séreuse, en cas de bursite goutteuse, varie en couleur, en consistance, en abondance, en nature.

Composée de sérosité et d'urate de soude, elle apparaît comme un liquide limpide (Garrod) au moment où l'épanchement se produit dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne, si l'on pratique une ponction dans cette bourse (*Tr. de la goutte*, p. 74). Si l'on ouvre au bistouri, la bourse séreuse quelque temps après que la fluctuation s'est fait sentir, on voit s'écouler du sang pur plus ou moins mélangé à un liquide gommeux, qui ressemble à la synovie, riche en cristaux uratiques (*H. Rendu*). Si la ponction est faite plus tard le liquide est blanchâtre, présente un aspect cristallin caractéristique, et qui est dû à la présence d'une quantité considérable de prismes d'urate de soude (2).

A une période plus avancée encore le liquide est devenu laiteux, de couleur et de consistance crémeuses.

La consistance s'augmente de plus en plus, et l'on arrive à trouver dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne un magma-plâtreux, une bouillie blanchâtre, mais encore molle.

1. Garrod. *Traité de la goutte*, observat., p. 92.

2. Garrod. *Traité de la goutte*, observat., p. 90 et 91.

Cette bouillie semi-liquide se durcit, et la cavité de la bourse séreuse rétro-olécrânienne arrive à ne plus renfermer qu'une substance solide et pierreuse, formée d'urate de soude.

Quels aspects différents peut prendre l'urate de soude, à l'état tophacé, dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne ?

Quand la bourse séreuse rétro-olécrânienne est incomplète, multiloculaire, constituée par une série de lacunes séparées par des cloisons, des travées, rejointes par des colonnettes, des prolongements dendritiques, l'urate de soude imprègne tous ces tissus, les séparations des alvéoles et les trabécules, comme l'on voit parfois les éponges s'imprégner de sels calcaires.

Parfois, et surtout lorsque la bourse séreuse est vaste et bien formée on trouve dans la cavité un noyau dur, plus ou moins volumineux. Ce tophus est parfois assez considérable pour distendre la bourse séreuse rétro-olécrânienne.

Le volume atteint, dépasse même parfois celui d'un gros œuf de poule. Dans une observation (Garrod) la concrétion tophacée égalait le volume du poing, la bourse séreuse rétro-olécrânienne étant très disposée à se distendre.

Dans une observation de P. Pouzet (1) on trouvait « au coude gauche, dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne une masse de nodosités, formée par une agglomération de petites tumeurs de grosseur variable ; une

1. P. Pouzet. Th. Paris, 1878. *Etude clinique sur deux cas de goutte.*

dizaine présentent un volume plus considérable, et sont séparées par des granulations plus petites; les plus superficielles sont mobiles et plus ou moins adhérentes à la peau sous laquelle on les voit se dessiner. A ce niveau le coude mesure 30 centimètres.... A droite, une concrétion de la grosseur d'un pois, en dedans de l'épitrochlée » (sans doute dans la bourse séreuse épitrochléenne).

Dans cette importante observation, on voit que la bourse séreuse rétro-olécrânienne contenait des tophus aplatis, mobiles et nombreux, bosselant la bourse séreuse et se dessinant sous la peau de la face postérieure du coude. Dans d'autres cas, ils se présentent sous la forme de rugosités adhérentes aux tissus sous-jacents et environnants.

Cruveilhier (1) donne une observation de dépôt goutteux dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne droite : « Au coude droit, une tumeur bosselée, du volume d'une grosse noix, molle en quelques points, durs en quelques autres, sans changements de couleur à la peau... » consistait dans une matière crêmeuse, blanche, formée par une très grande quantité de petits grains crétacés. »

Nous trouvons donc encore ici une collection de tophus multiples; mais dans ce cas elles plongent dans un liquide crêmeux. Les grains crétacés étaient de formation ancienne; la matière crêmeuse était de formation plus récente.

1. Cruveilhier. *Atlas d'anatomie pathol. malad. des articulat.*, p. 2 (1828).

Lorsque la bourse séreuse rétro-olécrânienne s'enflamme la masse tophacée, ou la collection de petits tophus se trouve baigner au milieu du pus. Dans le cas que signale le professeur Duplay (1), à propos des gouteux invétérés chez lesquels les dépôts de matière tophacée infiltrèrent les parois et remplissent la cavité, l'éminent chirurgien enleva une bourse séreuse rétro-olécrânienne remplie de matière crayeuse, enflammée, ulcérée, et fournissant un abondant écoulement de pus.

Une des plus curieuses formations de matière tophacée dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne, nous semble être celle de l'observation n° XI. Nous n'en avons pas trouvé d'analogue dans la littérature médicale.

La bourse séreuse rétro-olécrânienne, n'offrait plus de cavité, mais était représentée par une tumeur dense et dure ; sur coupe elle offrait un tissu fibreux, criant sous le scalpel. Il était parsemé de petits îlots d'urate de soude, et chaque fibre de sa trame, presque chaque cellule était imprégnée d'une poussière fine d'urate de soude, qu'elle s'était pour ainsi dire incorporé.

Diagnostic. — Quand la bursite gouteuse se produit au niveau de la bourse séreuse rétro-olécrânienne alors que le reste de l'articulation est prise également, en un mot lorsqu'on est en présence de l'attaque de goutte habituelle, le diagnostic s'impose.

Lorsque la bourse séreuse rétro-olécrânienne est seule atteinte, ou que les bourses séreuses voisines le sont seules avec elle, on a vu commettre des erreurs de dia-

1. Duplay. *Union médicale*, Paris, 1891, 3 s., L¹, p. 308-312. *De l'hygroma olécrânien*.

gnostic, et prendre la tumeur goutteuse pour un abcès, d'autant plus que bientôt apparaît une fluctuation nette.

Cependant, les antécédents héréditaires et personnels du sujet, les attaques de goutte qu'il a sans doute subies déjà aux orteils (car il est exceptionnel que la goutte débute par le coude), la teinte spéciale de la tumeur, la douleur beaucoup plus intense que celle d'un abcès, les rémittences, la marche de la maladie, montrent assez que l'on est en présence d'une bursite goutteuse.

Quand nous nous sommes occupés de la bursite calcaire nous avons fait le diagnostic différentiel entre cette affection et le tophus de la bourse séreuse rétro-olécrânienne.

Traitement. — L'épanchement séreux uraté dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne ne demande aucun traitement particulier : celui à suivre appartient à la goutte en général, et non à la bursite goutteuse rétro-olécrânienne en particulier.

On devra se garder d'ouvrir ou de ponctionner la tumeur (pratique que réprouve *H. Rendu*, et que *Garrod* (1) a employée au moins une fois), même lorsque la bourse séreuse rétro-olécrânienne très distendue semblerait prête à s'ouvrir.

Mais, lorsqu'il s'agit de dépôts tophacés accumulés dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne, doit-on agir localement? Tant que le dépôt est petit, peu gênant par conséquent, il n'y a pas grand inconvénient à le laisser

1. Garrod. *Traité de la goutte*. Trad. Ollivier, p. 92. Il semble avouer, il est vrai, que ce fut à la suite d'une erreur de diagnostic.

à sa place, bien qu'un traumatisme, un nouvel accès aigu ou subaigu puisse cependant amener de la suppuration dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne; peut-être même un phlegmon.

Mais le dépôt tophacé peut devenir très gênant et par son volume interdire ou restreindre grandement les mouvements du coude.

Certains médicaments auraient la propriété de faire diminuer les concrétions tophacées (1).

Garrod (1857) prétend que tel est l'action des sels de lithine. *Stricker* et *Charcot* en ont aussi tiré de bons résultats.

Le professeur *Bouchard* a obtenu des résultats excellents de l'iodure de lithium. La diminution des tophus a pu être constatée par la mensuration. *P. Pouzet* (2) a expérimenté ce médicament sur le sujet de la première observation de sa thèse (*Balthazar Placide*). Il lui fut facile de suivre et de saisir l'évolution de la masse tophacée qui remplissait la bourse séreuse rétro-olécrânienne du malade. Ces tophus, dont on pouvait apprécier le volume et la consistance diminuèrent peu à peu, mais sensiblement, et, de la grosseur d'un pois, atteignirent le volume d'une tête d'épingle.

Ils s'isolèrent d'abord les uns des autres, et permirent ensuite de percevoir ceux qui leur étaient sous-jacents,

1. Ovide a dit pourtant : *Tollere nodosam nescit medicina podagram*. Et Jean Vigier : Par médecine on ne put délier d'aucun gouteux la padagre nouée. *Grande chirurgie des tumeurs*, p. 263.

2. *P. Pouzet*. Th. Paris, 1878. *Etude clinique sur deux cas de goutte*. Observ. I.

puis enfin permirent de palper et de sentir l'olécrâne ce qu'on aurait pu faire au début.

On administre 0 gr. 60 par jour d'iodure de lithine ou solution, en deux fois, dans un verre d'eau.

Mais cette médication ne réussit pas toujours ; de plus pour réussir elle exige un temps assez long ; enfin un traumatisme, un nouvel accès, peuvent amener de la suppuration et exiger une prompte et radicale mesure.

Garrod craignait toute ouverture faite aux saillies formées par les tophus. « Lorsqu'on y fait de simples piqûres, ou lorsqu'elles s'ouvrent d'elles-mêmes, les plaies se ferment difficilement et deviennent fort incommodes. Ce peu de tendance à la cicatrisation, ajoute-t-il, vient de ce que le dépôt s'est fait profondément, et qu'il marche constamment vers l'extérieur pour être ensuite éliminé. »

Il nous semble que le dépôt s'étant produit profondément il reste précisément à prendre une mesure chirurgicale. Elle consistera dans l'ablation, non seulement du tophus (car enlevé seul il se reproduirait) mais même des parois entières de la bourse séreuse rétro-olécrânienne. Ces parois rigides, incrustées d'urate, une fois enlevée, la plaie se ferme très facilement, guérit, grâce à l'antisepsie, en quelques jours, et le malade est débarrassé d'une gêne qui est parfois une infirmité, et un véritable danger.

C'est le procédé qu'a appliqué M. Duplay (1) à une bourse séreuse rétro-olécrânienne pleine de matière

1. Duplay. *Union médicale*. Paris, 1891, 3 s.; LI, p. 308-312. *De l'hygroma olécrânien*.

crayeuse, enflammée, ulcérée, et fournissant un abondant écoulement de pus. C'est également l'ablation qui fut pratiquée par notre maître éminent M. le professeur agrégé Quénu, chez Gaget, observation XI. Le malade fut débarrassé d'une tumeur qui le gênait fort, et sortit de l'hôpital six jours après l'opération parfaitement guéri (1).

OBSERVATION XI (inédite).

Gaget Joseph, 50 ans, marchand de vin, à Rueil, entre en décembre 1892, à l'hôpital Cochin, service du Dr Quénu, pour une grosseur qu'il porte à la région postérieure du coude (sommet de l'olécrâne gauche).

Antécédents personnels. — A toujours eu un état général excellent. N'a fait aucune maladie grave, n'a jamais eu de migraines, épistaxis, hémorroïdes, ni d'éruptions eczémateuses, ni de troubles dyspeptiques notables, ni de coliques hépatiques, ni de coliques néphrétiques, ni de poussées furonculeuses, ni d'accès d'asthme. Jamais il n'a eu d'accès de goutte caractérisé, ni dans les petites ni dans les grandes articulations. Il accuse seulement quelques douleurs rhumatismales (?) siégeant passagèrement dans les grandes articulations sans rougeur spéciale, sans gonflement ni raideur articulaire. Rien au cœur ; les artères radiales ne sont pas athéromateuses. Rien aux poumons. Pas de syphilis. Le malade n'a jamais été exposé à l'intoxication saturnine. En 1889,

1. Observations de bursites goutteuses rétro-olécrâniennes. — Cruveilhier. *Atlas anat. path. (Goutte)*, p. 2 et suiv. — Garrod. *Traité de la goutte*, p. 90, 91, 92, 104. — Garrod. *México-chirurgie transact.* vol. XXXVII. Tableau comparatif.

le malade remarque par hasard, une tumeur grosse comme une noisette, à la région postérieure du coude. Cette tumeur est indolore et en gêne ne rien les mouvements.

L'articulation n'est pas douloureuse dans les mouvements provoqués ou spontanés. La peau est normale et sans coloration spéciale au niveau de la tumeur, qui reste longtemps stationnaire.

En novembre 1891, à la suite de fatigue, il se produit, à la région postérieure du coude, un gonflement qui gagne l'avant-bras, mais ne présente aucun caractère spécial. La tumeur, qui, depuis 1889, avait fort peu progressé, atteint le volume d'une grosse noix. La peau garde toujours sa couleur normale, et la tumeur conserve toujours la même consistance qu'au début. Puis, le gonflement s'arrête, et même rétrograde un peu.

Il y a 15 jours le gonflement reparait. Le médecin du malade lui conseille l'extirpation de la tumeur qui est gênante mais toujours absolument indolente.

Antécédents héréditaires. — Les parents du malade n'ont jamais eu ni rhumatisme, ni goutte, ni cancer, ni gravelle, et sont morts à un âge avancé.

Etat actuel. — Le malade est un homme vigoureux dont l'état général est excellent. Il mange bien et avoue boire beaucoup. On constate chez lui de la tendance à l'obésité.

Exactement dans la région de la bourse rétro-olécrânienne gauche siège une tumeur du volume d'une noix assez grosse, affleurant la face postérieure de l'extrémité de l'olécrâne. Sa base est élargie, appliquée sur l'os, son sommet est légèrement acuminé ; son contour est arrondi, lisse et régulier ; la peau qui la recouvre est normale ; la tumeur gêne le malade dans les mouvements spontanés ou provoqués de l'articulation du coude, mais est parfaitement indolore.

Au palper, elle est encore indolore ; elle présente une consistance fibro-cartilagineuse, est lisse et régulière sous le doigt,

mobile sous la peau et sur le plan osseux ; plus mobile dans le sens vertical que dans le sens horizontal. Elle semble perdre un peu de cette mobilité lorsque le triceps brachial se contracte. La peau n'a jamais subi d'inflammation à ce niveau. Rien à noter d'anormal (tophus, nodules, tumeurs, douleurs), au niveau des autres articulations, ou des oreilles, ou d'un autre point quelconque des téguments.

Diagnostic. — Fibrôme.

Traitement. — L'ablation de la tumeur est décidée.

Opération. — 12 décembre. — Incision de la peau ; les tissus œdématisés, épaissis, saignent abondamment.

On arrive sur la tumeur qui est localisée au siège de la bourse rétro-olécrânienne et remonte le long de la face postérieure du tiers inférieur du tendon du triceps et recouvre son insertion. Elle adhère au périoste par sa face profonde. Dans quelques points le bistouri doit mettre l'olécrâne à nu. L'excision complète de la tumeur est faite, puis la suture de la peau est exécutée.

Anatomie pathologique. — La tumeur est dure, lisse, nettement délimitée, du volume d'un petit œuf de poule, aplati à sa face profonde, convexe à sa face superficielle ; elle n'offre pas de prolongements.

Sur coupe elle se présente sous l'aspect d'un tissu fibreux, dense, dur, sans trace de suc au râclage. Ce tissu crie sous le scalpel.

Il est parsemé de petits îlots, et comme saupoudré d'une substance analogue, en couleur et en consistance à de la sciure de bois, très fine, sèche comme elle. Dans certains points cette substance a l'aspect du plâtre.

Histologie. — La tumeur offre une trame de tissu fibreux dense. A la périphérie surtout il existe des vaisseaux à parois conjonctives épaissies. On ne peut déterminer, à l'aide du micros-

cope, la nature de la substance crayeuse qui infiltre le tissu de la tumeur.

Cette substance est formée de cristaux grêles. La solution aqueuse de soude pure dissoud rapidement ces cristaux ; au bout d'un moment apparaissent des blocs petits, arrondis ou irrégulièrement sphéroïdaux, à demi transparents d'urate de soude neutre. Traitées par l'acide acétique ces petites masses se dissolvent et se transforment ensuite en cristaux caractéristiques d'acide urique.

Ces mêmes cristaux d'acide urique se forment encore quand on fait agir directement l'acide acétique sur les cristaux d'urate acide qui constituent la poussière crayeuse dont le tissu est saupoudré.

Les solutions de potasse caustique, même concentrées, et l'ammoniaque, ne modifient en aucune manière cette poussière.

13 décembre. — Dans la matinée il se produit une hémorrhagie abondante qui traverse complètement le pansement.

On enlève les points de suture. On constate que l'hémorrhagie s'est produite sur la tranche cutanée, très épaissie, et excessivement vascularisée. Après hémostase on refait les points de suture et le pansement.

19 décembre. — Le malade sort de l'hôpital. Les lèvres de la plaie se sont réunies par première intention.

Cette observation nous paraît intéressante à plus d'un titre.

D'abord, parce qu'elle nous montre un homme sans aucun antécédent héréditaire ou personnel de goutte, sans aucune manifestation goutteuse antérieure, pas plus aiguë que chronique, porteur d'une concrétion tophacée. Or, il n'est pas habituel que même la goutte chronique se manifeste uniquement et pendant longtemps, par de simples tophus de la peau ou des bourses séreuses sous-

culanées, sans que l'apparition de ces concrétions soit précédée ou suivie de phénomènes douloureux dans les jointures, ou de troubles viscéraux divers : dyspepsie, gravelle urinaire, coliques hépatiques, etc. (1). Gaget cependant se porte admirablement bien : il n'a de gouteux que la bourse séreuse rétro-olécrânienne sous-cutanée. Ce cas rappelle donc ceux dont parlait Trousseau (2) quand il disait :

« Si les tophus se montrent ordinairement après des accès de goutte articulaire, il est des cas où la sécrétion de la matière calcaire a lieu indépendamment de toute attaque d'arthritisme. C'est la gravelle de la peau, permettez-moi cette comparaison, appuyée d'ailleurs sur la grande analogie entre la composition des graviers urinaires et des concrétions tophacées. Cette sorte de gravelle de la peau constitue alors la seule manifestation de la diathèse, ou n'est accompagnée que d'un sentiment de légère douleur, de picotement, sans aucun trouble de la santé générale. »

Chez Gaget, cette légère douleur, ce picotement, n'a même pas existé.

Cependant, ce dépôt d'urate de soude ne s'est pas produit d'une façon absolument chronique. Certes, le dépôt a dû d'abord se produire lentement, progressivement, puisque, en 1889, lorsque le malade s'est vu, pour la première fois, porteur de cette petite tumeur elle atteignait déjà le volume d'une noisette. Mais, il faut remarquer qu'à deux reprises, en 1891 d'abord, en 1893,

1. Dr Dutil. *Gaz. méd.* Paris, 1884, 7 s. c., p. 386.

2. Trousseau, *Lec. clin.*, t. III, p. 362.

ensuite, la tumeur a subi un gonflement, qui a même rétrogradé partiellement, les jours suivants, mais toujours sans douleur, toujours sans le cortège habituel de l'accès de goutte.

Un autre fait qui mérite peut-être d'attirer encore l'attention, c'est que nous voyons ici la goutte s'attaquer tout d'abord à la bourse séreuse rétro-olécrânienne, ce qui est très-rare, ce dont nous n'avons pas trouvé d'exemple dans la littérature médicale.

Nous venons de montrer qu'il est peu fréquent de voir la goutte se manifester uniquement et pendant longtemps par un simple tophus de la peau ou des bourses séreuses, mais il est encore moins fréquent de voir ce tophus se produire dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne.

Scudamore (1) sur 516 cas de goutte n'a vu qu'une fois le coude atteint le premier. Garrod (2) estime cette proportion exacte. H. Rendu (3) déclare que « parmi les bourses séreuses normales, celles qui entourent le gros orteil et les têtes des métatarsiens sont envahies les premières ».

Pourquoi chez Gaget la première manifestation goutteuse s'est-elle localisée à la bourse séreuse rétro-olécrânienne.

« Les coups et lésions de toute nature rendent souvent compte des anomalies observées », dit Garrod (5), lors-

1. Scudamore (*loco citato*).

2. Garrod (*loco citato*).

3. H. Rendu (*loco citato*).

4. Garrod (*loco citato*, p. 390).

qu'il parle précisément des cas où la goutte a débuté par un autre point que le gros orteil.

Mais Gaget ne se souvient pas d'avoir reçu au coude de traumatisme spécial, de choc de quelque importance.

Est-il besoin d'un coup, d'un heurt violent pour appeler la manifestation goulteuse sur un point de l'organisme désigné par ce traumatisme ? Nous pensons qu'une pression continuelle, un frottement chronique pourra jouer le même rôle.

Or, Gaget nous avoue que, pendant de longues stations assis, devant son comptoir, il a l'habitude de s'accouder sur son coude gauche ; rarement sur son coude droit, à cause de l'orientation de sa fenêtre ; et cette position, il la prend depuis vingt ans, tous les jours, près de douze heures par jour. Il ne nous paraît pas impossible que cette attitude a pu contribuer à appeler sur la bourse séreuse rétro-olécrânienne la manifestation goulteuse, alors qu'au contraire les orteils, peu soumis à des traumatismes chez notre malade, ont pu demeurer indemnes.

Il nous a paru également intéressant que le malade n'ait ressenti à aucun moment la moindre douleur au niveau de la bourse séreuse rétro-olécrânienne, pas même pendant les périodes où le tophus s'est augmenté d'une façon subaiguë.

Dans la goutte, la douleur a d'habitude une intensité particulière. Même lorsqu'elle ne se fait pas ressentir d'une façon aussi aiguë le malade se plaint d'une douleur légère, d'un picotement, comme le dit Trousseau (1).

1. Trousseau. *Lec. clin.*, t. III, p. 362.

Gaget n'a jamais absolument rien ressenti au niveau de la bourse séreuse rétro-olécrânienne malade, ni douleur intense, ni douleur légère, ni picotement, ni même un sentiment de tension. Il nous a semblé que cette absence de douleur et de tension pouvait provenir de ce que le dépôt d'urate de soude se produisait lentement dans une cavité à paroi élastique, suffisamment anfractueuse pour ne donner lieu à aucune tension des tissus, à aucune compression des extrémités nerveuses. Que voyons-nous, en effet, d'ordinaire : l'intensité de la douleur est en rapport avec la rigidité des parois où siège le dépôt, ou encore avec l'état de tension qui existe dans l'intérieur de la jointure.

Lorsque l'inflammation est intra-articulaire la douleur présente une grande violence ; dans les tissus péri-articulaires, fibreux, cellulaire sous-cutanée, elle sera moindre, dans une cavité toute préparée, à parois souples, la douleur sera nulle, surtout si le dépôt se fait d'une façon chronique ou tout au moins subaiguë.

C. — BURSITE SATURNINE.

Monro, Herwig, Rosenmuller, Coulson, Nancrède, déclarent que le saturnisme est une cause prédisposante et parfois déterminante de lésions des bourses séreuses.

D'autre part, nombre d'auteurs ont signalé l'existence d'une goutte saturnine (1), « ne présentant que des

1. Bucquoy. *Pathol. de la goutte dans ses rapports avec le saturnisme. Union médic.* (1868), et *Bullet. et mém. soc. méd. hôp.*, 1868, p. 128.

analogies éloignées avec la goutte vraie », dans laquelle « la production du tophus est rapide » (1) et qui peut se manifester tout particulièrement sur les bourses séreuses rétro-olécrânienne et prérotulienne (2).

Nous trouvons dans le *Traité de la goutte de Garrod* (3) deux observations intéressantes de dépôts tophacés dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne au cours de la goutte saturnine.

En 1863, M. le professeur Charcot (4) publiait une remarquable observation de goutte saturnine dans laquelle, entre autres lésions, les deux bourses séreuses rétro-olécrâniennes étaient atteintes.

En 1870, Samuel Wilks (5) dans un long article sur la goutte et le saturnisme relate une observation dans laquelle on voit que la bourse séreuse rétro-olécrânienne était enflammée et contenait un dépôt tophacé.

En 1874, Pinet (6), dans sa thèse inaugurale, publie une observation rédigée par le Dr Bourneville, communiquée par le professeur Charcot et dans laquelle un volumineux tophus siégeait à la face postérieure et supérieure de l'olécrâne.

En 1892, Ferret, de Lyon, observe un cas de goutte saturnine où, entre autres lésions, existait au niveau de

1. Dieulafoy. *Path. int.*, 1888, p. 778.

2. Justo Verdugo. *Th.* Paris, 1883, n. 269.

3. Garrod. *Traité de la Goutte*. Trad. Olivier, p. 207, et p. 93.

4. Charcot. *Gaz. hebdomad. méd. et chir.*, 1863, 3 juillet, n. 27, p. 433, et suiv.

5. S. Wilks. *Guy's Hospital Report*, 1870, vol. XV, p. 46.

6. Pinet. *Th.* Paris, 1874.

la face postérieure et supérieure de l'olécrâne, de chaque coude, un tophus énorme, dont le volume atteignait presque celui d'un œuf de poule (1).

OBSERVATION XII (résumée).

In Traité de la Goutte, de Garrod, p. 93.

J. B., 43 ans, plombier, pas d'antécédents gouteux héréditaires. Ne se livre à aucun excès, mais boit deux pintes de porter par jour.

Souffre de la goutte depuis 12 à 14 ans, surtout au printemps et à l'automne.

La première attaque (siège gros orteil) eut lieu il y a 20 ans, et laissa un répit assez long. Il y a 10 ans, la maladie a frappé plusieurs articulations, outre le gros orteil. Depuis, attaques fréquentes et intenses.

Etat actuel. — Liseré bien marqué sur le bord libre des gencives, qui sont pâles, ainsi que les lèvres et la face. Jamais cet homme n'a eu de coliques de plomb.

L'hélix de l'oreille droite présente deux concrétions blanches, et dans la bourse séreuse olécrânienne il existe des dépôts tophacés dont on constate aisément la présence par le toucher.

OBSERVATION XIII (résumée).

In Garrod, *Traité de la Goutte*, p. 207. Trad. Ollivier.

1855. — N. M., 55 ans, compositeur d'imprimerie.

Aucune prédisposition héréditaire à la goutte ; néanmoins son frère était gouteux.

1. Cité par Lemoine et Joire, *in Gaz. médicale*, Paris, 9 janvier 1892, p. 15. *De la goutte saturnine.*

Adonné à la bière et aux liqueurs. Quinze ans avant sa mort attaque de goutte au gros orteil. Avec le temps l'affection se généralise.

Dépôts d'urate de soude aux oreilles et petites jointures ; quelques jointures ankylosées ; quelques bourses séreuses, l'*olécrânienne en particulier*, étaient distendues par des dépôts de matière crétacée. Par suite le coude s'était tuméfié.

OBSERVATION XIV (résumée).

Charcot, *Gaz. hebd. méd. et chir.*, 1863, n. 27, p. 433 et suiv.

S. G..., 56 ans, né à Domodolo (Piémont), fumiste et peintre en bâtiments, entre à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Henry, n. 19, service Pidoux (intérim de M. Charcot).

.... « Les articulations huméro-cubitales sont mobiles, non tuméfiées ; mais, *derrière l'olécrâne, il existe, à chaque coude, une tumeur ayant la forme et l'apparence de l'hygroma, mais présentant une fausse fluctuation, comme le ferait un lipôme.* »

A l'examen microscopique les tophus sont reconnus constitués par de l'urate de soude (Vulpian et Charcot).

OBSERVATION XV

Goutte et saturnisme, par Samuel Wilks M. D., in *Guy's Hospit. Report*. 1870, vol. XV, p. 46.

John W..., 48 ans, admis dans le service du Dr Wilks, le 3 février 1869, employé au South-Western Railway, travaille le plomb. Sobre et sans aucun antécédent goutteux héréditaire. Souffre depuis longtemps de ce qu'il appelle un rhumatisme ; il est enfin obligé d'abandonner son travail.

D'aspect cachectique, comme s'il avait essuyé une longue maladie. Au niveau du coude droit la « *bourse séreuse* » est enflammée et contient un dépôt d'urate de soude. Au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index se trouve une ulcération contenant une quantité de matière analogue à du mortier.

Le poignet et la hanche sont gonflés et sensibles.

Sur la rotule gauche, un autre dépôt. Un dépôt d'urate de soude au pavillon de l'oreille droite. Le malade demeura à l'hôpital six semaines et devint beaucoup mieux portant. Il prit pendant tout ce temps des ferrugineux et une dose de lithine chaque matin.

OBSERVATION XVI (résumée).

Pinet. Th. de Paris, 1874. Communiquée par le professeur Charcot, rédigée par le Dr Bourneville.

M. L..., 31 ans, plombier, pas d'antécédents goutteux, ni rhumatismaux dans la famille.

Etat actuel. — Pieds, orteils, genoux, surtout à gauche, sont atteints à divers degrés, ainsi que la hanche droite. Gros orteil gauche très déformé; tophus sur le bord interne. Le membre supérieur gauche est également affecté. Entre autres lésions, *il est signalé un tophus à la partie postérieure et supérieure de l'olécrâne.*

Sur les six observations de bursite goutteuse saturnine rétro-olécrânienne que nous avons pu relever, toutes appartenaient à des sujets du sexe masculin, ce qui s'explique par ce fait que les professions où l'on manie le plomb appartiennent surtout aux hommes.

Au point de vue professionnel, l'un des malades était

plombier, le second compositeur d'imprimerie, le troisième peintre en bâtiments, le quatrième, employé de chemins de fer, travaillait le plomb, le cinquième était encore plombier, quant au sixième sa profession n'est pas nettement indiquée.

L'un d'eux avait seulement 31 ans.

L'âge du dernier n'est pas donné.

Les quatre autres avaient de 43 à 56 ans.

Dans ces six observations, la bourse séreuse rétro-olécrânienne gauche a été atteinte une fois; la bourse séreuse rétro-olécrânienne droite deux fois; une fois le côté de la bourse séreuse rétro-olécrânienne malade n'a pas été indiqué; dans deux cas la bourse séreuse rétro-olécrânienne droite et la bourse séreuse rétro-olécrânienne gauche étaient occupées simultanément par des dépôts tophacés.

Chez aucun de ces gouteux saturnins les manifestations morbides ne se bornaient à la bourse séreuse rétro-olécrânienne.

Tous avaient d'autres lésions gouteuses articulaires ou cutanées.

Dans quatre de ces cas les tophus de la bourse séreuse rétro-olécrânienne étaient durs, facilement perçus sous le doigt, et distendaient plus ou moins la bourse séreuse, qui n'était pas enflammée.

Dans un cas, la bourse séreuse rétro-olécrânienne était enflammée. Dans un autre « *la tumeur avait la forme et l'apparence de l'hygroma, mais présentait une fausse fluctuation comme le ferait un lipôme.* »

De ce qui précède que pouvons-nous conclure? Nous

croyons pouvoir formuler les conclusions suivantes :

1° La goutte saturnine comme la goutte vraie peut donner lieu à des épanchements uratés dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne.

2° Ces épanchements peuvent se produire d'une façon aiguë, subaiguë ou chronique (*Halmagrand*).

3° La bourse séreuse rétro-olécrânienne est avec la bourse séreuse prérotulienne le siège de prédilection des tophus de la goutte saturnine (*Verdugo*).

4° Ces tophus se produisent plus rapidement dans la goutte saturnine que dans la goutte vraie (*Dieulafoy*).

5° La goutte saturnine semble se manifester plutôt sur la bourse séreuse rétro-olécrânienne gauche que sur la bourse séreuse rétro-olécrânienne droite, tandis que dans la goutte vraie la proportion est contraire.

6° La bursite gouteuse saturnine est plus fréquente dans le sexe masculin que dans le sexe féminin.

7° L'âge vers lequel se produisent les tophus de la bourse séreuse rétro-olécrânienne dans la goutte saturnine oscille entre trente et soixante ans.

8° La bourse séreuse rétro-olécrânienne peut être atteinte par la goutte saturnine, alors que l'articulation du coude sous-jacente est indemne (Obs. n° XV).

D. — BURSITE HYDRARGYRIQUE

Borsieri, Brodie, Koch, Ollivier, Bennet-Lucas, déclarent avoir vu des bourses séreuses s'enflammer chez des malades qui ont souffert de l'abus du mercure (1).

1. Borsieri. Cité par Ollivier. *Dict. en 30 vol.*, t. V, art. *Bourses*

Cette bursite mercurielle ne doit pas être fréquente de nos jours. Il ne nous a jamais été donné d'en observer, nous ne connaissons personne qui en ait vu, et nous n'en avons trouvé aucune observation dans la littérature médicale. Les auteurs plus récents de travaux sur les maladies des bourses séreuses, en font à peine mention, plusieurs passent cette cause sous silence (1).

Pourquoi cette affection citée autrefois comme relativement fréquente, ne se retrouve-t-elle plus de nos jours ?

Cela proviendrait-il de ce que la quantité de mercure que l'on fait absorber aux syphilitiques est moindre que celle en usage autrefois ? On ne cherche plus comme jadis à « saturer l'organisme de mercure » et à obtenir une sorte d'empoisonnement du patient.

Ne serait-ce peut-être pas plutôt que ces inflammations des bourses séreuses attribuées au mercure se produisaient au contraire malgré le mercure ? En un mot, ces bursites, que l'on a signalées, n'étaient-elles pas plutôt syphilitiques que mercurielles. Alors surtout que les lésions syphilitiques des bourses séreuses n'étaient pas connues (elles ne le sont que depuis 1875), certains cliniciens voyant

muqueuses, 1833. — Brodie (*loco citato*), chap. VIII, 230-244. — Kock (*oper. citat.*). — Ollivier (*oper. citat.*). — P. Bennet-Lucas, *Lancet*, London, 1839, ii, p. 919-922.

1. Nous avons interrogé à ce sujet notre excellent ami le Dr le Thou, alors interne des hôpitaux de Paris, et qui poursuivait de consciencieuses recherches sur les diverses manifestations de l'intoxication mercurielle, en vue de sa thèse. Il nous a déclaré n'avoir jamais observé de maladies des bourses séreuses qu'on put imputer à l'absorption du mercure.

un malade tout à la fois abuser du mercure et porter un hygroma, ont pu considérer le premier comme étant la cause du second, quand cet hygroma était dû, sans doute, à la maladie qui faisait absorber le mercure, à la syphilis.

On peut objecter que, si ces affections des bourses séreuses, attribuées au mercure par les auteurs anciens, étaient de nature syphilitiques, l'absorption de ce mercure aurait dû précisément les faire disparaître, puisque l'efficacité du traitement mercuriel est un des meilleurs moyens de diagnostic de la syphilis.

Certes le mercure amène la guérison des lésions syphilitiques des bourses séreuses ; mais il met à le faire trois ou quatre semaines au moins ; parfois davantage.

D'autre part, il faut considérer que la bursite syphilitique n'est pas douloureuse (1) d'ordinaire ; elle est même peu gênante, surtout quand elle siège à la bourse séreuse rétro-olécrânienne ; elle n'attire donc guère l'attention. Le malade peut en être porteur pendant longtemps, dans nombre de cas, sans s'en douter.

Qu'une circonstance fortuite attire son attention sur son coude, précisément pendant le cours du traitement spécifique qu'il suit ; que la quantité de mercure absorbée par lui l'ait été dans des proportions telles que des symptômes d'intoxication se soient manifestés ; il attribuera l'apparition de la tumeur du coude à l'empoisonnement mercuriel.

1. Dans certains cas, les bourses séreuses ont été le siège de phénomènes douloureux dans la syphilis.

Les doses de mercure ayant été fortes l'empoisonnement aura pu se produire rapidement; le traitement n'ayant pas été suffisamment prolongé la lésion bursale n'aura pas eu le temps de disparaître.

Il n'est donc pas impossible que, dans ces conditions, malgré le traitement spécifique, la tumeur syphilitique existe encore (1).

La découverte de la tumeur de la bourse coïncidant avec l'apparition de symptômes d'intoxication par abus du mercure aura pu induire en erreur certains observateurs.

Nous n'émettons évidemment qu'une hypothèse, car il est impossible de discuter et d'analyser les cas d'hygromas mercuriels signalés par *Borsieri*, *Brodie*, *G. Bennet-Lucas*, etc..., puisqu'ils n'en ont pas donné d'observations détaillées, et se sont contentés de constater le fait. Mais cette hypothèse nous semble plausible, et explique comment cette affection, notée comme relativement fréquente autrefois, ne se retrouve plus aujourd'hui.

E. — BURSITE CHOLÉRIQUE.

Nous n'avons pas à signaler, au cours du choléra, d'épanchement séreux, hématique ou suppuré dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne, mais un état spécial de la séreuse bursale, dû sans doute, non à des micro-

1. D'ailleurs, nous pensons que pour produire un bon résultat, il faut associer au mercure (dans les bursites tertiaires) l'iodure de potassium, ce que ne faisaient pas ceux qui ont signalé l'existence d'hygromas mercuriels.

organismes, mais à la raréfaction des liquides du corps : sérum du sang, de la lymphe, etc... (1).

La peau qui recouvre la région olécrânienne est normale d'aspect, de couleur, d'élasticité, d'épaisseur.

Lorsque la bourse séreuse rétro-olécrânienne est disséquée et ouverte, on constate qu'il n'existe plus la moindre trace de liquide à l'intérieur de la bourse : le liquide est remplacé par une sorte de mucilage rose ou orangé, à demi transparent, tremblottant, poisseux, analogue à de la gelée de pomme, étendu en couche mince sur les parois de la bourse séreuse, auxquels il adhère.

On enlève cette gelée au moyen d'un lavage ; la cavité de la bourse séreuse apparaît au-dessous rouge, avec un piqueté plus sombre par places. Les petits vaisseaux qui traversent la bourse séreuse, rampent sur sa paroi profonde ou sur les cloisons, semblent thrombosés.

Nous croyons devoir rapporter aussi le fait singulier suivant :

Un menuisier de 50 ans, porteur d'une bourse séreuse rétro-olécrânienne droite fort dilatée par un épanchement séreux, chronique, constituant une tumeur fluctuante, indolore, du volume d'un demi-œuf de poule, entre à l'hôpital avec les premiers symptômes du choléra.

1. Nous devons les détails suivants à notre excellent ami le Dr Blair, alors interne à l'hôpital du Havre. Sur notre prière il procéda à l'examen des bourses séreuses rétro-olécrâniennes d'un certain nombre de sujets, morts du choléra, pendant la dernière épidémie.

Après cinq jours de vomissements et de diarrhée excessivement abondante (selles riziformes), de crampes douloureuses, de soif ardente, le malade succombe.

A l'autopsie, tous les tissus sont *exsangues* : le foie, les reins paraissent absolument secs. La petite quantité de sang contenue dans les vaisseaux, dans le cœur, est visqueuse, brunâtre, prise en caillots mous et noirs.

La muqueuse intestinale (intestin grêle) est pâle, avec par places une teinte hortensia. Ça et là quelques *ecchymoses*.

La tumeur du coude droit s'est à peu près complètement affaissée, ouverte, elle ne donne pas lieu à un écoulement de sérosité.

L'épanchement a disparu. Les parois de la bourse séreuse rétro-olécrânienne ne sont pas très épaissies, mais rougeâtres à leur face interne, réunies les unes aux autres par des brides fibreuses, recouvertes d'une légère couche de gelée, ambrée, translucide, gluante, analogue à de la gelée de coings.

Cette disparition presque subite de l'épanchement séreux contenu dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne est due évidemment au dessèchement des tissus, spoliés de leurs éléments aqueux par les pertes incessantes que lui ont fait éprouver les déjections alvines et les vomissements.

D'ailleurs, cette petite hydropisie bursale ne peut-elle pas être comparée à une hydropisie quelconque, à une ascité, par exemple. Or, un des moyens les plus énergiques de traitement de l'hydropisie consiste dans l'emploi des purgatifs.

N'a-t-on pas vu des ascites diminuer ou disparaître, tout au moins momentanément, dans le cours d'une diarrhée intense et rebelle (*Hayem*).

L'aspect du foie, des reins, de ces organes habituellement gorgés de liquide, montre que les tissus de l'organisme desséchés ont prit, du liquide partout où ils en ont trouvé une réserve.

La bourse séreuse rétro-olécrânienne en contenait : elle a dû céder à ce pressant appel, et abandonner au torrent circulatoire, devenu boueux, visqueux et brunâtre, la petite quantité de sérosité qu'elle renfermait.

E. Gelez (1) (1844) semble avoir fait allusion à des cas analogues quand il dit : « Lorsque l'eau manque dans l'économie, comme dans certaines affections graves, le *choléra*, où le sang a perdu la plus grande partie de son sérum et de sa fluidité (*Magendie*), les kysteuses (séreuses) sont à sec, en même temps les absorptions sont également en perte d'activité, de leur côté, comme de celui des muqueuses, qui ne laissent plus pénétrer les médicaments et les rendent par cela même inertes. Dans l'état sain, normal, au contraire, le fluide se reproduit après un temps assez court. Après son évacuation, il abonde de nouveau. »

F. — BURSITE SCORBUTIQUE.

Le scorbut, affection générale, atteint l'organisme entier, mais, comme les diathèses (goutte, rhumatisme,

1. E. Gelez. *Histoire générale des membranes séreuses et synoviales*. Bourses muqueuses et kystes. Paris, 1844, p. 113.

etc.) profite du moindre traumatisme pour porter son action particulière sur le point lésé. On voit, en effet, le scorbut localiser de préférence ses manifestations sur les « *loci minoris resistentiæ*. »

Il existe entre le scorbut et les diathèses une grande analogie, dit Ferra (1), et l'on connaît l'influence de ces dernières sur les « *loci minoris resistentiæ* ». Legroux (2), Cejka, Laveran (3), constatent que les manifestations scorbutiques se produisent aux points les plus exposés au traumatisme et à la fatigue.

La bourse séreuse rétro-olécrânienne est éminemment un « *locus minoris resistentiæ*. »

Pendant les localisations scorbutiques dans cette cavité ont été rarement signalées.

Néanmoins, dès 1855, Vidal de Cassis fait observer que « ... Une partie des abcès froids appartiennent à cette catégorie (transformation du sang en pus), surtout ceux qui surviennent chez les individus *offrant quelques symptômes de scorbut*. Les abcès des bourses muqueuses peuvent avoir cette origine. »

Manoha (5) assure qu'il se produit des extravasations sanguines dans les bourses séreuses qui engainent les tendons (1856).

1. Ferra. Th. Paris, 1881, p. 6, 15, 22, 26.

2. Legroux. *Gaz. hebdom.*, 1871, p. 98.

3. Laveran. *Du scorbut*. *Arch. méd. et pharmacie milit.* Paris, 1884, III, 338-348.

4. Vidal de Cassis (1855). *Pathol. ext.* T. I, p. 596.

5. Manoha. Thèse Montpellier, 1856, p. 14.

Bolze (1) (1856) parle d'une ecchymose prérotulienne et d'un épanchement sanguin survenu devant la rotule (sans doute dans la bourse séreuse prérotulienne ?) dès les premiers jours du scorbut, et qui incisé, donna lieu à un écoulement abondant de pus et de sang.

Ralfe (1875) constate des abcès des cavités closes sous-cutanées dans le scorbut.

Ch. Nancrède (2) affirme que le scorbut est une cause, toujours prédisposante, souvent déterminante, de l'hygroma des bourses séreuses.

Le professeur Dieulafoy (3) parle des infiltrations sanguines qui se produisent au cours du scorbut dans les cavités séreuses (1888).

Koeberlé (4) est le seul auteur qui, croyons-nous ait déclaré, en spécifiant nettement avoir vu des épanchements sanguins *dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne, chez deux sujets scorbutiques* (1866).

Nous nous bornerons donc à constater que des épanchements sanguins se produisent dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne au cours du scorbut, le défaut de documents détaillés, le manque d'observations personnelles ne nous permettant pas de donner un tableau de cette affection particulière.

1. Bolze. Thèse Montpellier, 1856.

2. Ralfe. *A case of curvy, softening of the scorbutic depositi; multiple abscesses recovery*, *Medical Times and gaz.* London, 1875, II, 95.

3. Nancrède. *Encyclop. chirurg. Affections des bourses séreuses*, 1884.

4. Dieulafoy. *Path. int.* T. II, p. 740, 1888.

5. Koeberlé. *Nouveau dictionnaire méd. et chir. prat.*, 1866, p. 489. Art. *Bourses séreuses*.

4° Bursites Infectieuses

A. — BURSITE SYPHILITIQUE.

Félix Wurtz, Swédiam, Hunter (1), Babington, mentionnent que la syphilis produit des manifestations articulaires ; dans la description de quelques-unes, on peut facilement reconnaître des lésions des bourses séreuses.

Il en est de même de Dupuytren et de Bonnet (2), de Crocq (3), Richet (4), Cullerier, Frollin, Lancereaux ; mais ces différents auteurs ne décrivent pas d'une façon spéciale les lésions syphilitiques des bourses séreuses.

Le professeur Verneuil (5), le premier, en 1868, dans un important travail, démontre l'existence de manifestations syphilitiques au niveau des bourses séreuses sous-cutanées et tendineuses.

Voici ses conclusions :

1° La syphilis secondaire peut sévir sur les bourses séreuses sous-cutanées ou tendineuses comme sur les synoviales articulaires.

1. Félix Wurtz de Basles. *Chirurgie pratique*, traduit de l'Allemand per Sauvier, 1689, p. 193.

2. Hunter. *Traité de la maladie vénérienne*. Trad. Richelot. Paris, 1859, 3^e édition.

3. Bonnet. *Traité de thérapeutique des maladies articulaires*. Paris 1853.

3. Crocq. *Traité des tumeurs blanches*, etc., 1853.

4. Richet. *Mém. sur les tumeurs blanches*. In *mém. acad. méd.*, 1853. T. XVII, p. 37.

5. Verneuil. *Gaz. hebdomadaire de méd. et chir.*, 1868.

2° Elle s'y révèle sous forme d'épanchements indolents ou hygromas.

3° Observé jusqu'à ce jour dans la seule région de la main, cet hygroma devra être cherché dans les diverses séreuses sous-cutanées.

Fournier (1) (1868), confirme les données fournies par Verneuil.

Lancereaux (1873) donne le compte-rendu d'une autopsie, dans un cas de lésions syphilitiques tertiaires de la bourse séreuse prérotulienne.

Taylor (2) et Reys (3) ont également publié une série de faits démonstratifs.

Moreau (4) (1873), Chouet (5) (1874), Vaffier (6) (1875), Mauriac (7) (1874 et 1883), Ingold (1875) apportent leur contribution à l'étude des manifestations syphilitiques dans les bourses séreuses.

Parmi les bourses séreuses sous-cutanées les plus souvent affectées dans la syphilis, on trouve la bourse séreuse rétro-olécrânienne.

1. Fournier. *Gaz. hebdom.*, 1868, n. 48. Il signale un hygroma syphilitique dans la bourse séreuse ischiatique. *Leçons sur la syphilis*, 1873.

2. Lancereaux. *Union médicale*, 1873. *Traité de syphilis*, 2^e édition. Paris, 1874, p. 207.

3. Taylor. *American journal of medical. Sciences*, 1876.

4. Reys. *American journal of syphilographie*. Avril 1871, et *Archives of dermatology*. Janvier 1877, p. 169.

5. Moreau. *Th.* Paris, 1873.

6. Chouet. *Th.* Paris, 1874.

7. Vaffier. *Th.* Paris, 1875.

8. Mauriac. *Lec. clin. sur les maladies vénériennes*, 1883.

D'après les observations relevées dans les auteurs français elle semblerait la plus fréquemment atteinte.

D'après les auteurs américains elle le serait rarement.

Specht (1) cite huit cas de bourses séreuses prérotuliennes touchées par la syphilis ; et pas un seul cas de lésions syphilitiques de la bourse séreuse rétro-olécrânienne.

Un des premiers auteurs qui ait vu une tumeur syphilitique de la bourse séreuse rétro-olécrânienne nous semble être Floret (2).

M. Verneuil (3) donne la première description détaillée et raisonnée d'un épanchement dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne à la période secondaire de la syphilis ; il signale également le cas de fongosités syphilitiques tertiaires de cette bourse (1873).

H. Petit (4) (1873), donne une observation de tumeur fongueuse de la bourse séreuse rétro-olécrânienne dans la syphilis tertiaire.

Nous avons pu de notre côté observer une gomme syphilitique siégeant au niveau de la bourse séreuse rétro-olécrânienne (5).

Etiologie. — Sur les quatre observations de lésions syphilitiques de la bourse séreuse rétro-olécrânienne, que nous avons pu recueillir, trois ont eu pour porteurs

1. Specht. *Syphilis tertiaire des bourses séreuses sous-cutanées*. Munich. Thèse, 1884, p 13, 14, 15, 16.

2. Floret. *Documents chirurgicaux*. Lyon, 1861, p. 57, 60.

3. Verneuil. *Loco citato*.

4. H. Petit. In thèse Moreau. Paris, 1873.

5. Vaitier (Th. Paris, 1875) a signalé dans son observation III une bursalgie syphilitique rétro-olécrânienne.

des sujets du sexe masculin ; une seule a eu pour sujet une femme.

Les heurts, les pressions continuelles au niveau de la bourse séreuse rétro-olécrânienne plus fréquente chez les hommes en raison des traumatismes professionnels, expliquent cette fréquence relative, dans le sexe masculin, des manifestations syphilitiques de la bourse séreuse rétro-olécrânienne. La bursite syphilitique peut parfaitement se produire en dehors de tout traumatisme, et c'est ce qui a eu lieu dans nos diverses observations, mais on sait combien la syphilis aime à se montrer dans les points de l'organisme qui sont sujets à des pressions, à des heurts, même à de la simple fatigue.

Dans une de nos observations, l'âge du sujet n'est pas indiqué ; les trois autres avaient réciproquement 34, 45, 48 ans.

Dans deux cas, la bourse séreuse rétro-olécrânienne droite a été atteinte ; dans un cas c'est la bourse séreuse rétro-olécrânienne gauche qui a été lésée ; dans un quatrième le côté n'est pas indiqué.

Dans trois cas, la profession n'est pas signalée. Le quatrième sujet était compositeur d'imprimerie.

Aucun des malades n'avait subi au niveau de la bourse séreuse rétro-olécrânienne de traumatisme dont il ait gardé le souvenir.

Chez tous on a noté des manifestations syphilitiques sur d'autres points du corps : dans deux cas antérieurement ; dans deux autres au moment même où la bourse séreuse rétro-olécrânienne présentait la lésion syphilitique.

Symptomatologie. — Les manifestations syphilitiques des bourses séreuses rétro-olécrâniennes peuvent apparaître à la période secondaire ou à la période tertiaire de la syphilis.

A la *période secondaire* on observe la bursite congestive avec épanchement. Elle est chronique : congestion peu intense de la bourse séreuse rétro-olécrânienne ; tumeur fluctuante, indolente, insensible à la pression. C'est l'hydropisie syphilitique de la bourse séreuse rétro-olécrânienne. La tumeur exactement placée à la face postérieure de l'olécrâne est du volume d'un demi-œuf de poule et se produit sans cause appréciable. On dirait une bursite séreuse vulgaire, sans le soupçon que donne cette absence de traumatisme à l'origine, et si le malade n'était porteur de manifestations syphilitiques cutanées ou muqueuses.

Telle est la forme que présente l'unique observation que nous possédions de bursite syphilitique secondaire (Obs. XVII).

Nous pensons, par analogie avec ce qui se produit dans les autres bourses séreuses sous-cutanées, que cette bursite pourrait se présenter sous un autre aspect, c'est-à-dire avec des phénomènes subinflammatoires. Cette variété ne différerait de la première que par la subacuité des phénomènes, et par un certain degré de réaction locale. Il est probable aussi que dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne, l'épanchement peut être plus ou moins abondant, ainsi que cela a lieu dans la bourse séreuse prérotulienne, par exemple (Specht). La fluctuation pourrait donc être moins manifeste que dans l'observa-

tion XVII. Il est bien certain que cette bursite syphilitique ne se présente pas toujours d'une façon aussi nette. Le plus habituellement elle doit revêtir des caractères plus obscurs, se dissimuler sous une allure plus vague, se compliquer de phénomènes étrangers, et donner le change, en faisant croire à une maladie toute autre.

N'est-il pas évident qu'il suffirait que la fluctuation soit moins manifeste, moins bien circonscrite, qu'un peu d'œdème vienne gonfler plus ou moins le tissu cellulaire environnant, que les bourses séreuses voisines (sous-olécrâniennes, sus-olécrâniennes, épitrochléennes, épicondyliennes) viennent à se tuméfier en même temps, pour que la jointure du coude toute entière puisse sembler prise, et pour masquer complètement la bursite syphilitique rétro-olécrânienne. Ceci explique la facilité avec laquelle cette affection est méconnue, et la rareté des observations la concernant. Nombre de fois, elle a dû être confondue avec du rhumatisme de la bourse séreuse rétro-olécrânienne, si la douleur existait au niveau de celle-ci, avec de l'arthralgie, de la périostite.

Cependant, même dans les cas obscurs, un examen attentif et minutieux de la région postérieure du coude, et une interrogation méthodique des sensations du malade, permettront de reconnaître la localisation à la bourse séreuse rétro-olécrânienne des manifestations morbides.

Il peut arriver que la lésion de la bourse séreuse rétro-olécrânienne disparaisse devant des lésions beaucoup plus apparentes (synovite du coude, périostite de l'olécrâne). Dans ce cas le diagnostic pourra être très épineux.

A la *période tertiaire* la bourse séreuse rétro-olécrânienne peut présenter deux variétés de manifestations syphilitiques : la gomme et les fongosités.

La *bursite gommeuse* se distingue de la précédente par l'absence d'épanchement et par des lésions plus manifestes des parois de la bourse séreuse, lésions qui prennent un caractère spécifique. On n'a pas eu l'occasion de faire l'autopsie de sujets présentant ce genre de lésions. On peut les apprécier d'une manière suffisante à travers les téguments pour en donner une description. Les parois sont épaissies, doublées d'un exsudat pseudo-membraneux constituant une véritable gomme de la bourse séreuse.

Ces gommes de la bourse séreuse rétro-olécrânienne évoluent comme les gommes ordinaires et présentent leurs trois périodes : formation, ramollissement, ulcération. Verneuil rapporte un cas de gomme ulcérée de la bourse séreuse rétro-olécrânienne.

L'observation n° XVIII offre le cas d'une gomme de la bourse séreuse rétro-olécrânienne qui ne s'est pas ulcérée spontanément, mais qui a été ouverte à la suite d'une erreur de diagnostic. Il est résulté de cette incision inopportune la formation de fongosités à l'intérieur de la bourse séreuse rétro-olécrânienne.

Ceci nous amène à parler des fongosités tertiaires de la bourse séreuse rétro-olécrânienne, accident rare : Cullerier l'aurait vue une fois dans une ostéo-synovite syphilitique. Verneuil la signale isolée de toute manifestation articulaire. Les fongosités débutent-elles par les parois de la bourse séreuse, ou par le périoste olécrânien, ou par le tissu même de l'olécrâne ? L'observation n'est pas

nette à cet égard ; la succession des phénomènes n'est pas indiquée.

Cette affection est essentiellement chronique.

Les affections syphilitiques de la bourse rétro-olécrânienne ont un début latent, insidieux ; leur évolution est lente, leur marche chronique, elles sont indolores ou fort peu douloureuses : lorsqu'elles présentent quelques douleurs c'est surtout la nuit que celles-ci se manifestent.

Diagnostic. — Il y a deux questions à se poser, lorsqu'on voit à la région postérieure du coude une tumeur d'aspect syphilitique :

La tumeur siège-t-elle dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne ?

La tumeur est-elle due à la syphilis ?

On résout la première question par une analyse attentive de la région anatomique et des sensations du malade.

Le siège exact, la forme, le volume de la tumeur, donnent de précieux renseignements à ce sujet.

La seconde question se résout en tenant compte des éléments de diagnostic suivant :

1° Renseignements fournis par les affections antérieures ou contemporaines présentées par le malade ;

2° Caractères intrinsèques de la tumeur elle-même ;

3° Influence du traitement.

L'existence antérieure ou actuelle de chancres indurés, d'engorgements ganglionnaires, d'angines, plaques muqueuses, éruptions spécifiques, avortements sans cause appréciable à la malade, gommes, exostoses, douleurs ostéocopes, céphalée, arthralgie, alopecie, rupia, seront

de grands signes de probabilité de la nature syphilitique de la bursite rétro-olécrânienne.

Le développement spontané, rarement provoqué par compression ou violence, l'évolution lente, la marche chronique, l'indolence, la presque insensibilité à la pression, la consistance spéciale, la coloration rouge-brun (quand il s'agit de gommes), sont de bons signes de bursite syphilitique.

Dans le cas où l'on aurait affaire à une ulcération syphilitique de la bourse séreuse rétro-olécrânienne, les bords seront taillés à pic, le fond grisâtre, l'exsudat sanieux ; il y aura parfois issue de fongosités à travers la plaie et absence de dénudation osseuse et d'hypérostose.

Le traitement mercuriel à la période secondaire, par l'iodure de potassium, ou par le mercure combiné à l'iodure de potassium dans la période tertiaire, constituera un excellent moyen de diagnostic.

La bursite syphilitique ne sera pas confondue, en suivant cette méthode, avec la *bursite séreuse traumatique*, ni avec les *bursites suppurées*, dont le début est brusque, dans lesquelles la température locale et générale s'élève, où la douleur est vive, la sensibilité exquise, la marche rapide et où le traitement spécifique est sans action.

On la différenciera de la *bursite tuberculeuse* : les antécédents sont différents, les bords de l'ulcère (quand il y en a), sont décollés et non taillés à pic. L'huile de foie de morue réussit mieux que le traitement par l'iodure de potassium et le mercure.

L'ostéite de l'olécrâne, l'hypertrophie de cette apophyse, d'origine syphilitique, cède au traitement spécifique, mais

n'ont ni la même forme ni la même consistance rénitente.

La *bursite hématique*, d'origine traumatique, présente au début fréquemment une ecchymose périphérique.

Au palper on sent la crépitation du caillot sanguin.

La *bursite proliférante* et la *bursite à grains riziformes* donnent au palper une sensation spéciale ; dans le cas de suppuration l'issue au dehors des corps étrangers confirmera le diagnostic.

OBSERVATION XVII

Epanchement dans la bourse rétro-olécrânienne à la période secondaire de la syphilis.

Verneuil, *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*,
10 janvier 1873, p. 24.

X..., 48 ans, compositeur d'imprimerie, vient me consulter, en juillet 1872, pour une tumeur située à la face postérieure du coude gauche.

C'est un hygroma des mieux caractérisés, du volume d'un demi-œuf de poule, indolent, insensible à la pression, qui s'est montré depuis une semaine environ, et sans aucune cause appréciable.

Le malade n'accuse qu'un léger mal de gorge et une sensation de fatigue générale. Je découvre sans peine les signes d'une angine syphilitique secondaire, et sur le tégument général les traces d'une roséole en voie de disparition. La verge présente encore l'induration d'un chancre infectant, cicatrisé depuis un mois.

Je diagnostique un hygroma spécifique. Je prescris le traitement mercuriel sans me préoccuper de la collection séreuse.

Le malade vient me revoir le 26 août, après un mois de traite-

ment ; l'hygroma a disparu ; il ne reste plus en ce point qu'un peu d'épaississement de la peau.

M. le professeur Verneuil (*Gaz. hebd. med. chir.*, 10 janvier 1873, p. 24) cite encore le cas d'une femme atteinte de manifestations syphilitiques dans la même région. Il s'agissait de fongosités syphilitiques tertiaires de la bourse séreuse. M. Verneuil ne donne cette observation que comme un souvenir moins précis. De plus, comme il déclare que l'olécrâne était mis à nu, il y a peut-être lieu de se demander si l'on a eu affaire à une gomme allant de la séreuse à l'os, ou d'une lésion qui ayant l'olécrâne pour point de départ aurait ensuite atteint la bourse séreuse.

OBSERVATION XVIII

Communiquée par H. Petit, in thèse Moreau, 8 août 1873. Tumeur fongueuse de la bourse olécrânienne.

M... P..., 34 ans, entré à l'hôpital de la Pitié, service du Dr Verneuil, salle Saint-Louis, n° 17, le 17 juillet 1873.

Il présente à la partie supérieure de la face postérieure de l'olécrâne droit une petite tumeur du volume d'une noisette, ulcérée à son centre, de coloration rouge, violacée, peu douloureuse au toucher.

D'après le malade, le début de cette tumeur remonte à 8 ans. C'était alors un petit bouton survenu sans cause connue. N'éprouvant aucune gêne, il ne s'en occupe pas. Peu à peu, cependant, elle augmenta de volume, devint douloureuse ; il y eut de l'œdème de voisinage ; le malade consulta alors, 15 jours avant

son entrée à l'hôpital, un médecin qui, trouvant de la fluctuation, fit une incision : il sortit du pus mélangé à du sang ; le gonflement diminua, mais la plaie au lieu de se cicatriser s'ulcéra.

Au moment de l'entrée du malade à l'hôpital l'œdème circonvoisin avait un peu diminué, mais non la tumeur : elle présentait à son sommet une ouverture arrondie ; la peau était décollée au pourtour de la plaie, qui donnait issue à des fongosités. L'exploration avec le stylet ne révélait aucune dénudation osseuse.

La présence d'une bourse séreuse en ce point, l'inutilité du traitement antiphlogistique, avant et après l'incision et la longue durée du mal, l'analogie frappante qui existait entre cet accident et celui de la malléole d'un autre de nos malades, firent penser qu'il s'agissait là aussi d'une tumeur fongueuse tertiaire de la séreuse. Interrogé au point de vue de la syphilis, le malade nous apprit qu'il avait eu, en 1858, un chancre du méat avec blennorrhagie. Mais, depuis il n'a jamais suivi de traitement anti-syphilitique et pourtant il n'a jamais eu d'accidents que nous puissions rapporter à la syphilis. Mais le traitement vient confirmer l'hypothèse de syphilis, car l'emplâtre de Vigo appliquée sur le mal et l'iodure de potassium à l'intérieur amenèrent une guérison rapide.

Le 24 juillet. — La tumeur avait diminué considérablement de volume ; la douleur avait disparu, ainsi que l'œdème de voisinage, et le malade sortait pour reprendre son travail.

Il ressort de cette observation que cette tumeur ouverte au bistouri contenait du sang, du pus, des fongosités, était presque indolore, que la plaie avait tendance à l'ulcération ; elle prouve l'existence d'affections syphilitiques tertiaires des bourses séreuses olécrâniennes, la possibilité de les distinguer d'affections qui les simulent,

l'opportunité et surtout l'efficacité du traitement spécifique.

OBSERVATION XIX (1) (inédite).

M^{me} R..., 45 ans, vient en janvier 1893, consulter pour une grosseur qui lui est apparue au coude droit, et seulement afin d'être rassurée sur la malignité de la tumeur, car celle-ci ne la fait pas souffrir et gêne à peine la flexion du bras.

La malade ignore à quelle époque et à quelle occasion cette grosseur est survenue.

Elle ne se souvient pas d'avoir subi au coude un choc de quelque importance; d'autre part, elle ne se livre à aucun travail pouvant amener d'une façon continue le frottement ou le heurt de cette région sur un objet dur.

La tumeur, du volume d'une demi-noix, siège à la partie postérieure et supérieure de l'olécrâne; elle est de forme ovoïde, plus longue que large; et plus large à son tiers supérieur que dans les deux tiers inférieurs. Elle a progressé très lentement.

La peau est à son niveau d'un rouge cuivré, légèrement violacée vers le centre de la tumeur. La tumeur est tendue, à contours assez nettement arrêtés, indolente, même presque insensible à la pression, et ne présente aucune élévation de température. Sa consistance est ferme, légèrement rénitente; elle est mobile sur l'olécrâne, mais semble adhérente à la peau, qui cependant ne présente nullement l'aspect chagriné.

L'olécrâne sous-jacent ne paraît ni épaissi, ni déformé ou irrégulier, ni douloureux.

La forme de la tumeur rappelle assez bien celle de la bourse séreuse sous-cutanée rétro-olécrânienne distendue.

1. Nous devons à l'obligeance de notre excellent ami le D^r Audran, d'avoir pu examiner ce cas intéressant chez une de ses clientes.

Le siège, la forme spéciale, le volume, l'aspect particulier, l'indolence, la consistance, l'apparition sans cause professionnelle ou accidentelle connue, la lenteur de l'évolution de cette tumeur, la coloration remarquable de la peau, les ganglions épitrochléens engorgés, les ganglions axillaires indemnes, firent songer à une gomme syphilitique localisée dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne.

La malade n'avait aucun antécédent tuberculeux héréditaire ou personnel : jamais de pleurésie, ni de bronchites tenaces ou à répétition, etc..., mais questionnée, la malade avoue avoir eu de fréquentes angines, des taches rosées sur la poitrine qui persistèrent longtemps, des douleurs terribles de tête, des desquamations des paumes des mains, et les ganglions de l'aîne gonflés il y a une quinzaine d'années. Elle n'a perdu ni ses cheveux ni ses sourcils, et n'a pas subi de traitement anti-syphilitique.

Soumise au traitement spécifique (iodure de potassium et mercure), la malade revient trois semaines après : la tumeur a sensiblement diminué. Quinze jours après ce deuxième examen la gomme a disparu. Le tissu cellulaire sous-cutané semble encore en ce point un peu induré.

B. — BURSITE BLENNORRHAGIQUE.

Hunter, Selle, Swediaur, Brodie, Ricord, Brandes, Cullerier, Rollet, Marchal de Calvi, ont signalé des lésions de diverses bourses séreuses au cours de la blennorrhagie (1).

Fournier traite magistralement la question.

1. Brodie. *Op. cit.*, 46-47. — Rollet. *Traité des maladies vénériennes*, p. 349. — Marchal de Calvi. *Tribune médicale*, 1867, p. 74. — Fournier. *Dict. méd. chir. prat.* Art. *Blennorrhagie*, p. 237.

Les manifestations péri-articulaires de la blennorrhagie sont indiquées dans un certain nombre de thèses et de mémoires (1), mais les lésions des bourses séreuses n'y sont traitées que d'une façon accessoire.

Talamon (2) et Besnier (3) font remarquer que les manifestations au niveau des bourses séreuses existent parfois alors que la synoviale articulaire n'est pas atteinte.

Fournier (4) pense que les manifestations au niveau des bourses séreuses et gâines tendineuses, sans lésion articulaire, se produit une fois sur quatre.

Le plus souvent les bourses séreuses ne sont atteintes que conjointement avec l'articulation sous-jacente.

Les bourses séreuses le plus souvent atteintes sont la *bourse séreuse rétro-calcaneenne* et la *bourse séreuse sous-calcaneenne*.

On a signalé de même l'inflammation de la *bourse séreuse prérotulienne*, de la *bourse séreuse acromiale* (Cullerier), de la *bourse séreuse tarso-métatarsienne*, de celles qui sont situées au niveau des têtes du premier et du cinquième métatarsien.

1. Wœlker. *Arthrite blennorrhagique*. Th. Paris, 1868, n. 138. — Eliçagaray. Th. Paris, 1873, n. 358. — Fernet. Th. Paris, 1873, n. 427. — Ferron, Th. Paris, 1873, n. 211. — Boillerault. Th. Paris, 1874. — Chevallier. Th. Paris, 1875. — Dupouy. Th. Paris, 1875, n. 97. — Diday. Th. Paris, 1873. — Fourestié. *Gaz. méd.* Paris, 1875, p. 327. — Cagniat. *Inflammat. des synoviales tendineuses et bourses séreuses*. Th. Paris, 1875. — Maymou. Th. Paris, 1875.

2. Talamon. *Revue mensuelle*, 1878.

3. Besnier. *Dict. encyclop.* Art. *Rhumatisme*.

4. Fournier. *Loco citato*.

Verneuil et Fournier ont observé un hygroma blennorrhagique de la *bourse séreuse ischiatique*.

Dans aucun de ces auteurs nous n'avons pu trouver d'observation d'inflammation de la bourse séreuse rétro-olécrânienne au cours de la blennorrhagie.

En 1892, dans le service de M. le professeur Verneuil à l'Hôtel-Dieu, nous avons eu l'occasion d'observer un cas d'épanchement séreux dans cette bourse, coïncidant avec une arthrite du coude d'origine blennorrhagique.

De Lapersonne (1) (1886) cite une observation du professeur Leloir de Lille, dans laquelle celui-ci, a noté, chez un homme de 28 ans, sans antécédents héréditaires ni personnels rhumatismaux, mais atteint de blennorrhagie depuis un mois, des accidents rhumatismaux variés, et : « de la douleur, de la rougeur, de l'œdème au niveau de l'olécrâne ».

M. le professeur Fournier (2) a eu plusieurs fois l'occasion de diagnostiquer un épanchement dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne à la suite de blennorrhagie.

Mais il déclare lui-même que cette localisation est peu fréquente.

De ce qui précède nous pouvons donc conclure que

1. Ce malade nous avait été donné à examiner à l'occasion de notre épreuve de clinique chirurgicale (5^e doctorat, 1^{re} partie).

2. De Lapersonne. Th. Agrégation, 1886, p. 68.

3. Fournier. M. le professeur Fournier à qui nous avons demandé son avis sur la fréquence de la bursite rétro-olécrânienne blennorrhagique, a bien voulu nous donner à ce sujet quelques renseignements. Il n'a gardé aucune observation écrite ; celles qu'il a faites appartenaient à sa clientèle de ville (communication orale).

l'inflammation de la bourse séreuse rétro-olécrânienne au cours de la blennorrhagie existe, mais est rare. Elle est rare, du moins à l'état isolé, car il est bien probable qu'elle doit être à peu près constante dans les manifestations péri-articulaires de l'arthrite blennorrhagique ; mais alors les symptômes qui la caractérisent sont perdus, noyés, dans la foule, et l'intensité des symptômes inflammatoires des organes voisins (autres bourses séreuses, gâines tendineuses, synoviale articulaire, etc...).

Un examen approfondi, une exploration complète et attentive, pourra seule déceler l'existence de cette bursite rétro-olécrânienne, sauf dans les cas spéciaux et peu fréquents où les tissus voisins sont indemnes (1).

Symptomatologie et diagnostic. — Dans une première forme, il s'agit d'une simple « *bursalgie* ». A la face postérieure de l'olécrâne, et sur une surface correspondant à la superficie de la bourse séreuse rétro-olécrânienne, il existe de la douleur, souvent en même temps du malaise général, des frissons.

Cette douleur dure à peine quelques heures et est plus ou moins intense.

Après cette première douleur, et parfois coïncidant avec elle, on voit survenir des douleurs identiques, au niveau de l'articulation huméro-cubitale, ou bien au

1. Quinquaud, dans un mémoire sur les manifestations rhumatismales de la blennorrhagie, n'en signale pas un seul cas. — Rubinstein, dans un long travail sur les manifestations blennorrhagiques des bourses séreuses ne s'en occupe pas davantage [*Zur Behandlung der gonorrhoeischen Gelenk- und Schleimbentelentzündungen. Therapeutische Monats*, août 1890, p. 379-383].

niveau d'autres jointures ou d'autres bourses séreuses. Le gonflement et la rougeur sont peu marqués; l'affection ne subsiste pas pendant un temps très long.

Dans une deuxième forme qui succède généralement à la première, il se produit un épanchement aigu ou subaigu dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne qui se gonfle et devient très douloureuse. Le siège de l'épanchement, sa forme, son volume, ses limites, permettent de diagnostiquer la bursite rétro-olécrânienne. « Cet hygroma, dit Fournier, présente souvent ceci de remarquable que, sans offrir les signes d'une violente inflammation, il détermine des douleurs très vives; même à l'état subaigu, il est spécialement douloureux et reste longtemps le siège d'une vive sensibilité à la pression. »

La douleur si aiguë au début, diminue peu à peu. Elle présente de légères exacerbations nocturnes.

La bourse séreuse rétro-olécrânienne gauche a seule été notée jusqu'ici comme le siège d'un épanchement dans la blennorrhagie (Leloir, Fournier, et dans le cas observé par nous à l'Hôtel-Dieu, service de M. Verneuil). Cette bursite rétro-olécrânienne blennorrhagique n'a été signalée encore que dans le sexe masculin.

Elle ne peut guère être confondue qu'avec la bursite rétro-olécrânienne rhumatismale; nous faisons le diagnostic différentiel au chapitre rhumatisme.

Traitement. -- Au début sédatifs, narcotiques et émollients sur la bourse séreuse rétro-olécrânienne malade. Plus tard, on aura recours aux résolutifs : vésicatoires, teinture d'iode, immobilisation, compression. Plus tard encore, on pourra employer les douches sulfureuses, les

massages, pour activer la résolution et empêcher l'accroissement des parois de la bourse.

On devra évidemment faire le possible pour supprimer la blennorrhagie, cause première du mal.

C. — BURSITE TUBERCULEUSE.

Monro, Bell, Herwig, Cloquet, Castelneau et Ducrest, Coulson, Wirchow, Hueter, Wolkmann, Ch. Nélaton, signalent la tuberculose des bourses séreuses, ou du moins l'existence fréquente de lésions de ces cavités chez les scrofuleux et les tuberculeux (1).

Pingaud, Bleyne, Doyen, Lacoste, Gouzer, Lejars signalent ou publient des observations de tuberculose de la bourse séreuse rétro-olécrânienne (2).

1. Monro. *Op. cit.*, p. 92. — Bell. *Op. cit.*, p. 479 et suiv. — Herwig. *Op. cit.*, p. 11 et suiv. — Castelneau et Ducrest. *Mém. acad. méd.*, 1846, t. XII, p. 20. — Coulson (M.). *Med. times*, London 1850, i, p. 582. — Hueter. *Mal. des séreuses*, 1876. — Ch. Nélaton. Th. Agrég. Paris, 1883.

2. Pingaud. *Dict. soc. méd. Art. coude*, n. 24. — Bleyne. Th. Paris, n. 9, 1885. — Doyen. *Bull. soc. anat.*, 1882, p. 436. — Lacoste. Th. Paris, 1883. — Gouzer. Th. Paris, 1885, p. 22. — Lejars. *Rev. de la tubercul.*, 1893, n. 1.

3. A partir de 1885, d'autres auteurs signalent la tuberculose dans un certain nombre de bourses séreuses : M. Quénu. *In th. Parvo de Tavera*, 1885. — P. Reclus. *Path. ext.*, t. I, p. 334. — Demars. *Etudes expérimentales et cliniques sur la tuberculose*, 1887. — E. Tournier. *Revue des maladies de l'enfance*, 1889, p. 447. — Martin. Th. Paris, 1890, n. 312. — Critzmann. *Médecine moderne*, Paris, 1890, p. 638-641. — Lejars. *Revue de la tuberculose*, 1893, n. 1.

Nous avons eu l'occasion d'en observer un cas d'aspect tout particulier, dans le service de M. le professeur agrégé Quénu, qui a eu la bonté de nous permettre de l'insérer dans ce travail.

Il existe quatre formes anatomiques de tuberculose de la bourse séreuse rétro-olécrânienne (1).

- 1° Bursite tuberculeuse séreuse ;
- 2° Bursite tuberculeuse caséeuse ;
- 3° Bursite tuberculeuse fongueuse ;
- 4° Bursite tuberculeuse à grains riziformes (2).

I. — *Bursite tuberculeuse séreuse*. — C'est l'*hydrops-tuberculosis* de la bourse séreuse rétro-olécrânienne.

La bourse séreuse envahie brusquement par la poussée tuberculeuse ne présente qu'une hyperhémie congestive très intense qui provoque à sa surface une exsudation séreuse : ce liquide peut être transparent ou louche, parfois un peu filant, parfois teinté de rose.

Les parois de la bourse ne sont pas épaissies, mais sont très vascularisées ; elles ne sont encore infiltrées que d'un fin semis, souvent abondant de granulations miliaires, opalines, transparentes.

La tumeur est alors nettement fluctuante, et ne présente que les caractères d'une bursite séreuse simple ; mais elle survient chez un tuberculeux avéré, ou tout au

1. Lejars. *Revue de la tuberculose*, 1893, n. 1.

2. Une cinquième forme, *myxomateuse*, décrite par Martin et Fritzmann, dans la bourse séreuse du jumeau, n'a pas encore été rencontrée, croyons-nous, dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne.

moins chez un affaibli, un individu pâle, chétif, d'état général mauvais, ayant des poumons à sommets douteux. De plus, ces bursites tuberculeuses surviennent fréquemment sans traumatisme accidentel ou professionnel ; tandis que les bursites séreuses simples ont toujours pour origine un choc, heurt, pression, dû au métier ou à un cas fortuit.

Cette variété de bursite tuberculeuse peut se transformer en bursite caséuse ou plus fréquemment encore en bursite fongueuse.

II. — *Bursite tuberculeuse caséuse*. — Cette forme ressemble beaucoup à l'abcès froid. Elle peut survenir d'emblée ; d'habitude elle succède à la bursite tuberculeuse séreuse dont elle est une forme plus avancée.

Dans cette bursite caséuse, il n'existe plus de liquide, ou il en existe fort peu ; il n'y a pas de formation de fongosités.

Une couche plus ou moins épaisse de dépôt caséux, jaunâtre, parfois adhère encore aux parois de la cavité séreuse, parfois est libre, diffluent. Dans cette forme, les parois de la bourse séreuse sont infiltrées en masse. On n'aperçoit pas de granulations à l'œil nu.

Le microscope permet de distinguer des follicules tuberculeux en nappe.

Cette forme de tuberculose de la bourse séreuse rétro-olécrânienne survient parfois à la suite de lésions tuberculeuses de l'olécrâne.

III. — *Bursite tuberculeuse fongueuse*. — Cette forme est la plus commune.

Les parois de la bourse séreuse rétro-olécrânienne sont infiltrés de tubercules ramollis.

Le follicule provoque par sa présence le développement de fongosités plus ou moins volumineuses qui font saillie dans la cavité séreuse. Ces masses sont constituées par simple prolifération embryonnaire. Ces fongosités, qui remplissent parfois la cavité, sont gris-rosé d'ordinaire; cependant elles peuvent aussi être rouges, lie de vin, analogues à de la pulpe de groseille; d'autres fois elles sont grises comme de la chair d'huitre. Elles sont de volume et de forme variable; elles présentent ce caractère commun : la végétation des vaisseaux au sein d'un tissu embryonnaire. Les vaisseaux sont plus ou moins abondants dans les fongosités. Certaines d'entre elles présentent des foyers apoplectiques. Parfois la cavité est loin d'être comblée par les fongosités : elle contient une matière caséuse, provenant de la fonte des tubercules ramollis, qui s'ouvrent et se déversent dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne, comme dans une coque d'abcès froid. Ces fongosités tapissant les parois peuvent encore coexister avec du liquide, tantôt séreux, tantôt jaunâtre, tantôt purulent, ou même hémorrhagique.

Ces fongosités peuvent envahir les parties dures et constituer une ostéite de l'olécrâne, une ostéo-arthrite huméro-cubitale, fongueuse, ayant pour point de départ les parties molles (Obs. Doyen). Parfois, la marche est inverse, le point de départ est dans l'os. Ces fongosités ayant tendance à envahir les tissus voisins, expliquent les fistules qui se produisent fréquemment (Obs. Doyen).

Dans chacune de ces trois formes, l'envahissement

tuberculeux pourra être, soit primitif, soit secondaire : primitif quand le produit morbide se sera déposé tout d'abord dans l'épaisseur des parois de la bourse séreuse rétro-olécrânienne, secondaire si la tuberculose de la bourse séreuse est consécutive à une lésion des tissus voisins, de l'olécrâne, et ce cas sera analogue à l'abcès ossifluent d'une lésion osseuse ; mais la production tuberculeuse au lieu d'envahir simplement le tissu cellulaire se déversera dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne. La tuberculose débute par les parties périphériques de la bourse séreuse rétro-olécrânienne, par les couches externes des parois (Nélaton, Lejars, Letulle). Ces couches sont envahies par « une série de noyaux arrondis rouges, et solides encore, puis jaunes, ramollis, caséeux, qui finissent par se creuser à leur centre, et figurer autant de petites cavernules ; quant à la paroi interne, elle est encore intacte, lisse, régulière, et le contenu est resté séreux ; plus tard, les noyaux caséeux, en se fusionnant, se prolongent jusqu'à la paroi centrale, s'y ouvrent, et, peu à peu, y déversent leur contenu : c'est alors que les fongosités vont se constituer (1) ».

Telle est la marche de la tuberculose de la bourse séreuse rétro-olécrânienne.

Cependant, il peut arriver aussi, que le processus tuberculeux d'abord discret, provoque une irritation légère autour de lui et s'entoure de fongosités. Celles-ci s'organisent peu à peu et ne subissent pas la caséification ; il se constitue une organisation fibreuse qui enveloppe le

1. Lejars (*loco citato*).

tubercule d'une coque résistante, empêche sa diffusion et lui permet de se résorber.

IV. — *Bursite à grains riziformes*. — Nous n'avons pas eu la bonne fortune de pouvoir observer de bursite rétro-olécrânienne à grains riziformes, et nous n'en avons pas trouvé de cas dans les auteurs.

Étiologie. — La tuberculose des bourses séreuses rétro-olécrâniennes survient chez les individus ou bien tuberculeux avérés déjà, ou chez des « candidats à la tuberculose pulmonaire, des débilités, des scrofuleux. » Ce fait est noté dans toutes les observations (1).

Chez ces sujets spéciaux le traumatisme crée un lieu de moindre résistance, et fait son lit à la tuberculose. Les bacilles, transportés par le sang, sont après le traumatisme de la bourse séreuse rétro-olécrânienne, en présence d'un tissu qui étant lésé, ayant perdu une partie de sa vitalité, ne peut leur résister : une colonie va se former et la lésion tuberculeuse est constituée en cet endroit (Verneuil, Reclus, Expériences de Max Schuller, de Chandelux).

Chez un individu en puissance de tuberculose le virus tuberculeux existe dans l'organisme : la contusion de la bourse séreuse rétro-olécrânienne détermine la production d'un point faible qui la sollicite à s'y déposer et devient un foyer d'éruption à la fois hâtif et prépondérant. Ces notions, applicables aux différentes séreuses (Ternier et Verchère) le sont au plus haut point à la bourse séreuse rétro-olécrânienne.

1. Charcot. *Arch. méd. milit.*, 1884.

Souvent il n'y aura eu qu'un très faible traumatisme, ou une très légère inflammation de la bourse séreuse rétro-olécrânienne, dont le malade n'aura pas eu connaissance. Néanmoins, dans cette bourse prédisposée, la tuberculose trouve, pour son établissement et son développement, le terrain le plus favorable (Obs. Lejars).

Les causes prédisposantes de la bursite rétro-olécrânienne tuberculeuse sont les mêmes que celles qui prédisposent à toutes les manifestations de la tuberculose, les privations, la mauvaise nourriture, la mauvaise hygiène.

Sur les sept observations de tuberculose de la bourse séreuse rétro-olécrânienne, que nous avons pu trouver dans les auteurs, toutes ont pour sujets des individus du sexe masculin. Cet exclusivisme s'explique par les travaux plus violents, plus féconds en traumatismes, auxquels s'adonnent les hommes.

Tous les âges sont représentés : dans une observation le malade a 12 ans, dans une autre 61 ans. L'âge où cette bursite rétro-olécrânienne semble la plus fréquente va de 40 à 50 ans.

Les professions les plus diverses sont représentées : l'un des malades (1) est cocher, un second fumiste, un troisième marchand de peaux de lapins, un quatrième, enfant de troupe (2), un cinquième, employé de chemin de fer. Les deux derniers sont, l'un maçon et l'autre journalier : nous pensons que leur profession amenant

1. Bleynil. Th. Paris, n. 9, 186. Observat. L. C. G., 50 ans, cocher.

2. Gouzer. Th. Paris, 1885, p. 22.

des traumatismes fréquents du coude n'a pas été sans influence sur l'apparition de la maladie de la bourse séreuse rétro-olécrânienne.

La bursite tuberculeuse a siégé quatre fois dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne gauche, deux fois dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne droite, deux fois le côté n'est pas indiqué.

Une fois elle a comme point de départ une plaie de la main avec lymphangite; une autre fois une piqûre de la main du côté opposé, avec phlegmon du bras opposé. Dans un autre cas, la maladie semble débiter par un furoncle du coude, qui fait suppurer la bourse séreuse rétro-olécrânienne; puis apparaissent les fongosités tuberculeuses. Chez un quatrième, nombre d'articulations étaient déjà atteintes de tuberculose avant que la maladie se manifestât dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne. Dans un cinquième cas, la tuberculose de la bourse séreuse rétro-olécrânienne a dû succéder à des traumatismes chroniques professionnels; et dans le sixième également. Chez un dernier malade il n'existe pas de cause déterminante apparente (1).

Marche. — En général, la marche de la bursite tuberculeuse est lente, son évolution chronique, cependant elle peut être subaiguë (2). Peut-être même pourrait-elle être aiguë. Nous n'avons pas trouvé de cas de bursite tuberculeuse rétro-olécrânienne aiguë, mais cette rapidité d'évolution a été signalée dans d'autres bourses séreuses.

Si l'on examinait les bourses séreuses rétro-olécrâ-

1. Doyen. *Bull. soc. anat.*, 1882, p. 436.

2. Laveran. *Progrès médical*, 1876, p. 727 et suiv.

niennes des sujets qui meurent de tuberculose aiguë, on y trouverait sans doute assez souvent des granulations, et cela expliquerait les douleurs vagues ou aiguës, dont se plaignent beaucoup ces malades, à la partie postérieure du coude.

Pronostic. — Le pronostic est assez sombre, d'abord parce que cette affection survient généralement chez des individus ayant des lésions tuberculeuses des divers organes; dans les cas où ces lésions ne sont pas manifestes, il y a les plus grandes chances pour qu'elles apparaissent dans un délai plus ou moins court. De plus l'ablation de la tumeur tuberculeuse bursale est sujette à récédive (1). Enfin, dans certains cas on a dû recourir à l'amputation (2).

Diagnostic. — L'examen histologique et bactériologique est évidemment le meilleur moyen de prouver avec certitude la nature tuberculeuse d'une bursite rétro-olécrânienne dont l'aspect inspire des doutes. Mais ainsi que le dit le Dr *Lejars*, « à côté de cette démonstration scientifique, il y a une certitude clinique dont on ne saurait faire fi. »

En médecine comme en chirurgie, la nature des affections diverses ne doit pas être jugée par un critérium unique, et les conceptions que nous pouvons acquérir ont besoin d'un triple appui : celui de l'anatomie pathologique, celui de l'étiologie générale et celui de la clinique (5).

1. *Lejars*. *Rev. tuber.*, 1893, n. 1, p. 38.

2. *Iacos'e*. Th. Paris, 1883.

3. *Chandelux*. Th. Agrégation, 1883, p. 21.

Les caractères de l'affection sont nettement tranchés dans les cas de bursite caséuse et de bursite fongueuse. Nous avons fait le diagnostic différentiel de la bursite à grains riziformes au chapitre de la bursite proliférante. La bursite tuberculeuse séreuse présente de grandes difficultés de diagnostic, car son aspect et ses symptômes sont semblable à ceux de la bursite séreuse simple. Mais, les antécédents du sujet, l'absence fréquente du traumatisme aigu ou professionnel à l'origine, les antécédents du sujet, la marche de l'affection, les résultats de l'intervention, viendront éclairer le diagnostic.

Dans l'hygroma fongueux tuberculeux, il est loisible au chirurgien de faire d'une façon suffisante au cours de l'opération l'anatomie pathologique de l'affection.

Il est facile, dans le cas d'ulcération de la tumeur, de différencier les fongosités de la bourse séreuse rétro-olécrânienne d'avec une périostite ou une carie de l'olécrâne; dans ce cas le style introduit dans l'orifice arriverait sur l'os dénudé.

Pour ne pas confondre cette affection avec les lésions syphilitiques, on aura les commémoratifs, la coexistence des signes de la vérole, l'essai du traitement spécifique. Les inflammations aiguës de la bourse séreuse rétro-olécrânienne (rhumatisme, blennorrhagie, contusion, fatigue, maladies infectieuses), ne prêteront pas à la confusion, car elles s'accompagnent de rougeur, de chaleur, de douleur; elles ont une marche aiguë.

Traitement. — On aura recours à l'extirpation de la bourse séreuse rétro-olécrânienne; extirpation totale, afin de ne laisser aucun foyer tuberculeux. En agissant

ainsi, on débarrasse l'organisme d'un danger perpétuel, car la bourse séreuse rétro-olécrânienne peut être le point de départ des bacilles de Koch, qui de là iront envahir les divers organes, quand ceux-ci ne le sont pas déjà.

Il est utile d'instituer un traitement médical pour soutenir les forces du malade. Verneuil a remarqué que certaines opérations pratiquées sur des foyers tuberculeux périphériques pouvaient aggraver les lésions viscérales préexistantes et provoquer l'apparition de formes graves de tuberculose : granulie, méningite tuberculeuse.

On placera le malade dans les meilleures conditions hygiéniques possibles : grand air, soleil, qui exercent une influence modificatrice énergique.

On ranimera les fonctions du tube digestif (amers, quinquina).

On favorisera la nutrition par des préparations arsenicales et des aliments réparateurs : lait, huile de foie de morue, préparations ferrugineuses.

Les 6 observations de tuberculose de la bourse séreuse rétro-olécrânienne que nous avons pu découvrir dans la littérature médicale sont les suivantes :

1 Dans la Thèse de Bleynie, Paris, 1865, n. 9.

1 Dans la Thèse de Gouzer, Paris, 1885, p. 22.

1 De Doyen, *Bull. Soc. Anat.*, 1882, p. 436.

1 Dans la thèse de Lacoste, Paris, 1883.

2 De Lejars. *Revue de la Tuberculose*, n. 1, 1893, p. 35 et suiv., et p. 38 et suiv.

Voici le cas qu'il nous a été donné d'observer :

OBSERVATION XX (inédite).

Severini, Pierre, 61 ans, journalier, s'aperçoit au commencement d'avril 1892, et tout à fait fortuitement, qu'à la région postérieure du coude, il portait une tumeur du volume d'une noisette absolument indolente. Cette grosseur ne le gênant pas il continue à travailler sans s'en inquiéter.

En août 1892, la tumeur atteignait le volume d'une noix et était toujours indolente.

Elle augmenta, progressivement, sans douleur et au début de novembre 1892, la peau commença à rougir à son niveau et à être le siège de démangeaisons.

Puis, au-dessus de la première tumeur, il s'en forme une seconde molle, fluctuante, qui augmente aussi peu à peu, qui est contiguë à la première, et semble faire corps avec elle.

Le malade entre à l'hôpital Cochin, salle Bichat, n° 18, service de M. Quénu, le 2 décembre 1892.

Etat actuel. — Antécédents personnels. — Le malade n'a jamais fait de grandes maladies, en Italie il a eu des fièvres intermittentes. Depuis quelques années, il tousse tous les hivers, et en ce moment il a une forte bronchite. Il a des sueurs nocturnes ; il a beaucoup maigri depuis quelques mois. Outre les râles ronflants et sibilants de bronchite, généralisés et disséminés dans toute la poitrine, la respiration est rude aux deux sommets. A gauche quelques craquements. Le malade loge dans une mansarde avec six autres personnes. Il se nourrit fort mal, et a beaucoup pâti dans les deux ou trois derniers hivers.

Il prétend n'avoir pas eu la syphilis, et n'en présente aucune manifestation actuelle, ni aucun vestige de manifestations anciennes. Il prétend n'avoir subi au niveau du coude aucun trauma-

tisme dont il ait gardé le souvenir. Sa profession ne l'expose pas plus au traumatisme du coude qu'aux traumatismes d'un autre point du corps.

Antécédents héréditaires. — Son père et sa mère sont morts âgés ; il a encore six frères bien portants et six enfants en bonne santé.

Examen du coude. — A la face postérieure de l'olécrâne gauche, et sur la partie du cubitus où commence la crête cubitale, se trouve une grosseur du volume d'un œuf de dinde.

Cette tumeur paraît bilobée.

Le lobe supérieur le plus volumineux, mais moins saillant et le moins apparent, atteint la grosseur d'un œuf de poule ; à son niveau la peau est normale.

Par son siège (face postérieure de l'olécrâne) sa forme ovoïde, son volume, sa consistance fluctuante, ce lobe supérieur paraît constitué par un épanchement séreux dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne. La tumeur augmente de volume à ce niveau dans les mouvements de flexion du coude.

Ce lobe supérieur est indolore et insensible à la pression.

Le lobe inférieur est séparé du lobe supérieur par un léger sillon, peu marqué au milieu, plus profond sur les côtés ; ce lobe supérieur atteint le volume d'une noix.

Sa base ovale et aplatie, s'applique sur le plan sous-jacent, au point de jonction de l'olécrâne avec le cubitus. Il a la forme d'un cône tronqué, à base inférieure, large, à base supérieure étroite et à hauteur peu considérable. Le pourtour du lobe inférieur, de la base supérieure à la base inférieure, est d'une couleur violacée. Cette teinte violette est surtout prononcée à la base inférieure.

La base supérieure de ce tronc de cône est ulcérée et rouge. On y voit plusieurs petits points de matière d'un blanc jaunâtre. Cette ulcération nécessite l'application d'un pansement humide.

Au palper, ce lobe inférieur offre une consistance assez dure rénitente, mobile sur l'os.

Elle est indolente. Il n'existe pas d'adénite épitrochléenne ni d'adénite axillaire.

Les mouvements de l'articulation ne causent aucune douleur, et se font facilement ; à peine un peu de gêne dans les mouvements de flexion occasionnée par la présence du lobe supérieur de la tumeur.

Du 2 au 15. — Le malade prend chaque jour du sirop de Gibert. Il ne se produit aucune amélioration. L'ulcération augmente lentement.

Le 14. — M. Quénu diagnostique un hygroma tuberculeux. L'ablation de la tumeur est décidée.

Le 15. — Le malade est opéré.

Insensibilisation de la tumeur à l'aide d'injections d'une solution de cocaïne sur le pourtour, le centre et la profondeur de la tumeur.

Dissection laborieuse de la bourse séreuse rétro-olécrânienne, à cause des adhérences dues à l'inflammation. La tumeur est étendue, étalée ; elle dépasse en tous sens la surface de l'olécrâne.

Les adhérences existent surtout au niveau du sommet de l'olécrâne, bien que ce soit surtout au niveau de la jonction de l'olécrâne avec l'humérus que la tumeur soit enflammée.

Les deux lobes disséqués et enlevés montrent qu'en fait la tumeur est constituée par deux tumeurs dissemblables.

La tumeur supérieure est due à un épanchement séreux dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne, dont les parois sont épaissies ; le liquide est citrin, avec une nuance verdâtre, transparent, filant : il y en a la valeur de deux grandes cuillerées.

La tumeur inférieure, dure à la coupe vers le centre et la périphérie, est fongueuse à son sommet, et présente de petits bourbillons d'un blanc jaunâtre d'aspect caséeux. Ces deux tumeurs

étaient contiguës ; pour les séparer l'une de l'autre, la dissection est laborieuse (1).

La cicatrisation de la plaie s'obtient en quelques jours.

Le malade sort de l'hôpital quinze jours après l'opération.

Examen des coupes portant sur la tumeur située au-dessous de la bourse séreuse rétro-olécrânienne. — Cet examen montre un tissu conjonctif chroniquement enflammé, au milieu duquel les travées fibreuses fondamentales de l'hypoderme sont dissociées, de place en place, par un tissu embryonnaire pauvre en vaisseaux ; sur les confins de la tumeur, on voit des placards caséeux au niveau desquels les cellules blanches, sont rares, amaigries, avec des noyaux fragmentés, au niveau desquels la karyokinèse fait presque totalement défaut.

Un grand nombre de ces noyaux sont même en état de destruction pulvérulente. La matière nucléaire y constitue une poussière informe.

Sur quelques points, des cellules géantes très caractérisées apparaissent, dans lesquelles on ne parvient pas à colorer le bacille de Koch. Il s'agit simplement d'une inflammation tuberculeuse, à évolution lente, ainsi que le montrent et le groupement des lésions dégénératives et le petit nombre des cellules géantes péri-caséuses. Au voisinage des cellules géantes péri-caséuses on aperçoit un grand nombre de cellules épithélioïdes polymorphes. Aucune d'elles ne contient de bacilles tuberculeux (par la méthode de coloration) : Ziehl, permanganate de potasse 1,5/100, acide sulfureux naissant, bleu de méthylène (2).

1. Un cobaye, inoculé avec un fragment de la tumeur fongueuse, est mort trois semaines après ; mais par suite de circonstances spéciales, il n'a pas été autopsié.

2. Cet examen histologique et bactériologique a été fait par M. le professeur agrégé Letulle, que nous prions de bien vouloir agréer tous nos remerciements.

Examen de la bourse séreuse rétro-olécrânienne. — Les parois épaissies ont un demi centimètre; dans certains points elles atteignent un centimètre. La face interne est lisse. La face externe a dû être sculptée dans le tissu cellulaire ambiant, pour l'ablation de la tumeur. Le point le plus épaissi de la paroi est celui qui se trouve contigu à la tumeur inférieure. La face interne de la tumeur semble intacte. A peine s'il existe deux petites travées fibreuses qui la traversent et reposent sur la paroi profonde de la bourse séreuse rétro-olécrânienne. A la périphérie de la tumeur, au point de contact avec la tumeur inférieure, quelques noyaux arrondis, jaunâtres, perceptibles à l'œil nu, qui paraissent des tubercules crus et qui sont des nodules tuberculeux et embryonnaires.

L'examen microscopique a donc vérifié le diagnostic posé à la suite de l'examen clinique.

Il s'est agi dans ce cas d'une tumeur tuberculeuse, à processus peu actif, à évolution lente, à organisation fibreuse; seul le sommet de la tumeur est devenu fongueux, sans doute parce que ce point était plus exposé aux traumatismes. La tuberculose partant de ce foyer, qui s'est formé le premier (avril 1892), a gagné les couches externes de la paroi de la bourse séreuse rétro-olécrânienne au point où la tumeur était en contact avec la bourse. L'état lisse et régulier de la cavité prouve que la face interne est demeurée normale et saine; les points jaunes, arrondis de la périphérie, montrent que des tubercules crus avaient infiltrés d'abord les couches externes et s'avançaient vers le centre.

Cette infiltration a amené une hyperhémie congestive de la bourse séreuse qui a provoqué à sa surface une exsudation séreuse: d'où la fluctuation de la tumeur supérieure. La bourse séreuse rétro-olécrânienne a été atteinte de l'*Hydrops tuberculo-*
sus, de la bursite tuberculeuse à forme séreuse, premier stade

de l'affection, qui progressivement aurait atteint les étapes successives de la bursite fongueuse, de la bursite caséuse, à moins que l'évolution ne fut demeurée très lente et n'eut permis à l'organisation fibreuse de se produire.

Quant à la tumeur inférieure, quel était son siège exact ? Elle occupait la surface qui se trouve au point de jonction de l'olécrâne et du cubitus, là où se trouve un tissu cellulaire lâche et creusé de lacunes, parfois même d'une cavité telle qu'on peut lui donner le nom de *bourse sous-olécrânienne*.

Cette tumeur n'a peut-être été qu'une bursite tuberculeuse sous-olécrânienne, à évolution lente, à organisation fibreuse.

D. — BURSITE PYOHÉMIQUE.

La pyohémie peut se manifester par des suppurations locales dans les différents points du corps.

Cependant il est des organes qu'elle affectionne particulièrement.

Les articulations et les gâines tendineuses sont parmi ces derniers (1).

Le tissu cellulaire sous-cutané peut aussi être le siège d'abcès pyohémiques, mais il semble que les séreuses articulaires ou de glissement, sans doute à cause des mouvements qui s'y produisent, soient prédisposées à suppurer au cours de l'infection purulente.

Les bourses séreuses sous-cutanées et particulièrement la bourse séreuse rétro-olécrânienne, constituent un

1. Paget. « *The distribution of pyæmic abscesses* ». *Lancet*, London, 1886, ii, 203-205, et « *Abscess pyohémiques*, *Cambridge Medical Society*, 3 juin 1887.

intermédiaire entre le tissu cellulaire sous-cutané et les vraies séreuses, au point de vue anatomique, histologique et physiologique. Il n'est donc pas étonnant qu'ils s'y produisent des abcès pyohémiques. Les mouvements de glissement, les frottements, les chocs, heurts, traumatismes dont ces bourses sont particulièrement le siège, semblent même les désigner tout spécialement comme des points où la pyohémie pourra se manifester avantageusement.

Aussi plusieurs auteurs ont-ils signalé la suppuration des bourses séreuses dans l'infection purulente.

« Les bourses séreuses suppurent parfois dans les diathèses purulentes, sans que rien attire l'attention pendant la vie. On y trouve du pus à l'autopsie », dit Bérard (1).

En effet, dans une affection aussi terrible que la pyohémie, où des abcès se forment dans les grandes séreuses et dans les viscères, où les symptômes généraux les plus graves se manifestent, il est bien évident que la plupart du temps la production de pus dans les bourses séreuses passera inaperçue pendant la vie.

Qu'est-ce qu'un abcès des bourses séreuses dans un état aussi grave que l'infection purulente ?

Chassaignac, Kœberlé, Pineau, Dechambre, Nancrède, P. Reclus (2), déclarent que la pyohémie est incontestable.

1. Béraud. *Gaz. médicale*, Paris, 1852, p. 74.

2. Chassaignac. *Dict. encycl. soc. méd.* Art. *Bourses séreuses*. — Kœberlé. *Nouv. Dict. méd. chirurg. prat.*, p. 481. — Pineau. *Th.* Paris, 1866, n. 117. — Dechambre. *Dict. usuel. soc. méd.* Art. *Bour-*

blement une cause prédisposante, souvent même déterminante de l'inflammation aiguë des bourses séreuses.

La bourse séreuse rétro-olécrânienne la plus traumatisée avec la bourse séreuse prérotulienne, devait être, *a priori*, considérée comme une des plus fréquemment atteinte.

Cependant, les observations bien nettes et bien précises de suppuration se produisant au cours de la pyohémie, dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne, et bien limitée à cette bourse, sont rares.

Presque toujours, en effet, les bourses séreuses sous-cutanées voisines, les bourses séreuses tendineuses, les synoviales articulaires suppuront en même temps, ou du moins peu après. De plus, la suppuration ne se confinerait pas souvent dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne, mais envahira rapidement le tissu cellulaire voisin.

Pourtant, dans un grand nombre d'observations de cas de pyohémie, il est signalé un gonflement avec rougeur, fluctuation à la face postérieure de l'olécrâne, au siège de la bourse séreuse rétro-olécrânienne (1), parfois au niveau d'un seul coude, parfois au niveau des deux.

ses séreuses. — Nancrède. *Loco citato*, p. 107. — A. Reclus. *Path. ext.*, t. I, p. 329.

1. Duplay. *Gaz. médicale*, 1833, p. 350. — Alexandre. Thèse Paris, 1834, n. 325. « Considérations sur les abcès dits métastatiques. » — Padiou. Thèse Paris, 1839, p. 11, a vu chez un homme « mort à la suite d'une phlébite des veines de la jambe gauche » et chez lequel se produisent plusieurs « petits abcès dans d'autres parties du corps, » une suppuration d'une bourse séreuse sous-olécrânienne qui devint

Dans certains cas l'articulation huméro-cubitale sous-jacente est pleine de pus, dans certains autres elle est indemne (1).

La méthode antiseptique ayant fait de l'infection purulente une maladie très rare de nos jours, il nous a été impossible de vérifier cliniquement ou par autopsie l'existence de suppuration de la bourse séreuse rétro-olécrânienne dans cette redoutable affection.

le siège d'un abcès métastatique, « *exception rare* », ajoute Padieu. Cette bourse était placée à la partie postérieure du cubitus gauche, un peu au-dessous de l'olécrâne. Padieu la signale comme une bourse séreuse professionnelle, propre aux ouvriers en papier point. Il est possible que, par suite de frottements spéciaux, cette bourse soit plus développée chez eux, mais elle existe chez bien d'autres sujets. Nous l'avons trouvée fréquemment et lorsqu'elle est *très développée* d'une part et un peu haut placée, que de l'autre la bourse séreuse rétro-olécrânienne descend très bas, les deux cavités communiquent par une ouverture plus ou moins large.

1. Raynaut. *Gaz. hebdomad.*, 1873, p. 211. *Etude expérimentale dans un cas de pyohémie spontanée.* — J. Vilcoq. *Revue des maladies de l'enfance*, 1889, p. 63-67. *Note sur un cas d'abcès multiples d'origine inconnue chez un nouveau-né.* Il signale l'apparition d'un abcès sous-cutané bien limité, du volume d'une noisette, au niveau de l'olécrâne droit. Incisé et pansé le 29 avril, guéri le 1^{er} mai, il se reproduit au même point le 10 juin et s'ouvre spontanément par le même orifice. Vilcoq attribue cette infection, caractérisée par des abcès multiples à la vaccination. Nous avons vu également, à la suite d'une vaccination une bursite rétro-olécrânienne se produire, mais sans accompagnement d'abcès multiples. Ici l'affection est généralisée, dans notre cas elle était nettement localisée à la bourse séreuse rétro-olécrânienne.

Castelneau et Ducrest, recherchant dans quels cas on observe des abcès multiples, firent l'expérience suivante:

« Injection de 4 grammes de pus louable, récemment tiré d'un abcès, dans la veine saphène d'un chien : frissons, vomissements, convulsions, au milieu desquels la mort survient 32 heures après l'injection. »

A l'autopsie, caillot de 1 centimètre de long dans la veine injectée; système circulatoire sain d'ailleurs; ecchymoses multiples dans les muscles, avec ramollissement presque en consistance de bouillie de la fibre musculaire; *infiltration de sérosité rougeâtre dans le tissu cellulaire sous-cutané du coude gauche* (p. 41), et *dans le tissu cellulaire sous-cutané qui recouvre le tendon du triceps brachial gauche, puis de l'olécrâne* (p. 46).

Cet épanchement, avant-coureur de la suppuration, siégeait au point où se trouve la bourse séreuse rétro-olécrânienne.

Castelneau et Ducrest, ignoraient sans doute l'existence chez le chien d'une bourse séreuse rétro-olécrânienne placée au niveau de l'olécrâne, recouvrant fréquemment l'insertion tricipitale et même (quand elle est très développée), une partie du tendon inférieur du triceps. De plus, comme chez l'homme, d'ailleurs, cette bourse est parfois rudimentaire, c'est-à-dire, constituée par un tissu cellulaire lâche, à grandes lacunes communiquant entre elles.

C'est sans doute pourquoi ils ne prononcent pas le mot de bourse séreuse.

¹. Castelneau et Ducrest. *Recherches sur les cas où l'on observe des abcès multiples*. Mém. Académie médecine, 1846. T. XII, p. 41.

Nous avons répété cette expérience sur une série de six chiens.

Dans cinq cas les bourses séreuse rétro-olécrâniennes (gauche et droite) sont demeurées indemnes. Les sujets sont morts au bout de 20 à 48 heures.

Chez le sixième la mort n'est survenue qu'au bout de cinq jours. La bourse séreuse rétro-olécrânienne droite contenait du pus phlegmoneux, et ses parois étaient injectées et vascularisées.

Celle de gauche renfermait un épanchement séreux, et les parois étaient également enflammées.

Les articulations des coudes ne renfermaient pas de pus, mais les synoviales semblaient irritées, et la synovie paraissait abondante.

Dans le poumon gauche deux abcès métastatiques sous-pleuraux, gros comme une noisette.

Dans les deux poumons de nombreux infarctus. Les muscles étaient grisâtres; violacés par places.

Les différentes jointures et gâines tendineuses paraissaient indemnes, de même que les autres bourses séreuses.

Il est probable que si nous avons eu à constater la présence du pus dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne de cet animal, c'est parce que la mort survenue relativement tard (pour une cause que nous ignorons, la moindre virulence du pus injecté, peut-être), a laissé à la diapédèse le temps de se produire; tandis que dans l'observation de Castelnau et Ducrest la mort est arrivée avant que le pus ait eu le temps de se former, l'épanchement séro-sanguinolent, qui précède la suppuration,

et se produit assez rapidement après l'injection a seul pu avoir lieu.

Si la pyohémie peut donner lieu à un abcès dans une bourse séreuse rétro-olécrânienne saine, à plus forte raison, elle pourra donner lieu à la suppuration d'un épanchement séreux ou hématique qui existerait déjà dans la cavité de cette bourse.

E. — BURSITE OURLIENNE.

Les *oreillons* justement comparés aux fièvres éruptives, qu'on a nommées *fièvres ourliennes*, et qu'on peut ranger dans le cadre des maladies infectieuses (1), entre autres manifestations nombreuses, peuvent se localiser à la bourse séreuse rétro-olécrânienne sous-cutanée.

Depuis longtemps déjà Trousseau avait signalé les *douleurs articulaires* au cours des oreillons.

Jordan a constaté des douleurs au niveau des articulations quatre fois sur 61 cas d'oreillons.

Bourcy (2), Lapersonne (3), montrent qu'au même titre que les autres maladies infectieuses, les oreillons s'accompagnent parfois d'accidents des séreuses du mouvement, et que ces manifestations sont sous l'influence directe de l'infection et produites au même titre que les oreillons eux-mêmes.

E. Boisset (4) avait constaté, dans des cas d'oreillons,

1. Dieulafoy. *Path. int.*, t. II, p. 632.

2. Bourcy. Th. Paris 1883. *Du pseudo-rhumatisme infectieux*.

3. De Lapersonne. Th. agrégat., 1886, p. 114.

4. E. Boisset. Cité in th. de Lapersonne, 1886, p. 113.

l'envahissement des bourses séreuses tendineuses, caractérisé par un gonflement peu marqué, sans rougeur, avec des douleurs plus intenses la nuit, exaspérées par la pression et par le mouvement.

Gachon (1) étudiant aussi les manifestations articulaires ourliennes, nota tantôt de l'arthrite, tantôt de l'arthralgie.

Il remarqua que les bourses séreuses des tendons peuvent être également envahies, et montra que la suppuration est exceptionnelle.

Il ne parle pas de manifestations du côté des bourses séreuses sous-cutanées. Il en est de même de *Lannois* (2), de *Chaumier* (3).

Dieulafoy (4), note également des manifestations pseudo-rhumatismales articulaires ourliennes, mais sans spécifier quelles parties de l'articulation peuvent être lésées.

Il est évident que les manifestations ourliennes se produisant sur les bourses séreuses synoviales articulaires, sur les bourses séreuses tendineuses, doivent à plus forte raison se localiser facilement sur les bourses séreuses sous-cutanées, moins bien organisées, et principalement sur la bourse séreuse rétro-olécrânienne l'un des principaux « *locis minoris resistentiæ* » de l'organisme.

Il est non moins évident que bien souvent la bursite

1. Gachon. Thèse de Montpellier, 1887.

2. Lannois. *Pseudo-rhumat. des oreillons. Revue de médéc.* Mars 1885.

3. Chaumier. *Notes sur les manifestations articul. des oreillons.* Concours médical, décembre 1883.

4. Dieulafoy. *Path. int.* T. II, p. 634.

ourlienne a dû passer inaperçue au milieu des manifestations morbides frappant les gâines tendineuses, la synoviale articulaire, les muscles, etc...

Pour attirer l'attention et être isolée nettement, il a fallu sans doute qu'une bourse séreuse sous-cutanée fut atteinte seule dans le cours de l'affection ourlienne, l'articulation voisine demeurant indemne.

C'est ce qui se produisit dans le cas observé par M. Bergeron à l'hôpital Necker : il vit le gonflement de la bourse séreuse prérotulienne droite succéder à l'affection parotidienne (1).

Nous n'avons pas trouvé dans la littérature médicale d'autres cas de manifestations ourliennes localisés aux bourses séreuses sous-cutanées. Aucune observation détaillée de bursite ourlienne n'a été encore publiée, croyons-nous. Nous avons eu la bonne fortune d'en pouvoir étudier une (ayant pour siège la bourse séreuse rétro-olécrânienne), à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce.

Nous la donnons ici.

OBSERVATION XXI (inédite).

X...., militaire condamné à la réclusion, détenu à la prison du Cherche-Midi, né à G... (Morbihan), 29 ans, évacué de l'infirmerie de la prison sur l'hôpital du Val-de-Grâce.

Entre le 8 janvier, pour gastrite chronique et tuberculose au

1. Cité par d'Heilly. *Dict. méd. et chirurg. prat.* T. 25, p. 98. Article *Oreillons*. Paris, 1878.

début du sommet gauche, dans le service du D^r Poulet, professeur-agrégé à l'Ecole du Val-de-Grâce, et dirigeant actuellement la quatrième division de fiévreux, salle des détenus.

Ancien déserteur, X.... a beaucoup pâti pendant tout le temps de sa désertion et depuis qu'il est au Cherche-Midi.

Pas d'antécédents rhumatismaux ni goutteux personnels ou héréditaires ; pas de trace de syphilis ni de blennorrhagie. Très pâle, très amaigri, X.... tousse depuis plusieurs années, a eu une hémoptysie très légère, digère difficilement, vomit fréquemment après les repas ; insomnies, sueurs nocturnes.

Traitement : Lait, viande crue, chloral le soir, lavage de l'estomac à l'eau de Vichy.

20 janvier. — X...., se plaint de malaise général, de céphalalgie violente et d'un peu d'angine.

Le malade, questionné, croit n'avoir jamais eu ni rougeole, ni scarlatine, ni fièvres éruptives quelconques. Pas d'élévation de température.

21. — Douleurs vagues dans les membres, principalement dans les muscles des bras et des avant-bras.

Courbature générale,

T. m. 37°,4. T. s. 37°,9.

22. — Épistaxis. La courbature générale a disparu, les douleurs vagues des membres se sont très atténuées.

L'angine persiste : difficulté de déglutition : mouvements du cou pénibles, surtout du côté droit.

A la contre-visite de 3 heures on remarque une parotidite droite, sans gonflement considérable.

Le malade est isolé au cabanon 2. T. m. 38°. T. s. 38°,6.
Urine : quelques traces d'albumine ; pas de sucre.

23. — Le gonflement de la parotide n'a pas sensiblement augmenté, mais cette région est très douloureuse. Les mouvements des mâchoires sont très pénibles.

L'angine a à peu près complètement disparu. T. m. 37°, 7. T. s. 38°, 2.

24. — Le gonflement diminue ; la douleur s'atténue. Apyrexie.

25. — Le gonflement et la douleur ont disparu.

Température normale.

Le malade semble guéri de son oreillon.

26. — Le malade se plaint de ne pouvoir s'appuyer sans douleur sur le coude droit.

L'examen attentif de la région ne décèle aucune rougeur, aucune tuméfaction. Les mouvements de flexion et d'extension du coude sont entiers et nullement pénibles. Le malade n'a d'ailleurs subi aucun traumatisme en ce point ni avant ni depuis son entrée à l'hôpital.

27. — La région rétro-olécrânienne est toujours douloureuse spontanément, et surtout à la pression. La peau est rosée à la pointe du coude.

Une tuméfaction peu considérable, mais bien limitée, semble siéger dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne.

L'articulation est complètement indemne.

Pas de fluctuation perceptible dans la bourse séreuse ; pas d'élévation sensible de température à ce niveau.

La pointe du cou de gauche est également un peu sensible, mais ne présente ni teinte rosée, ni gonflement perceptible ; le malade a l'habitude de s'appuyer surtout sur le coude droit.

Rien d'anormal du côté des testicules, ni des autres articulations.

Apyrexie.

28, 29, 30. — La tuméfaction, la douleur, la teinte rosée disparaissent peu à peu.

Apyrexie. Guérison.

Le Dr Poulet attribua à la maladie ourlienne l'inflammation de cette bourse séreuse rétro-olécrânienne, et nous dit avoir déjà observé, à Rennes, un cas analogue de parotidite, au cours ou au déclin de laquelle un gonflement léger mais douloureux d'une des bourses prérotuliennes se manifesta, sans donner lieu à suppuration, ni même à fluctuation sensible.

N'ayant que cette unique observation, il nous est impossible de décrire la bursite ourlienne rétro-olécrânienne en général.

Nous nous bornerons à faire remarquer que cette bursite peut se produire et s'est produite, et à énumérer les quelques observations que ce cas particulier nous a suggérées :

1° Le sujet ne présentait aucun antécédent héréditaire ou personnel de goutte ou de rhumatisme. Il n'avait ni syphilis ni blennorrhagie, ni actuelle, ni antérieure, ses bourses séreuses rétro-olécrâniennes n'avaient subi aucun traumatisme professionnel ni accidentel digne d'être signalé.

2° La bursite rétro-olécrânienne s'est manifestée vers le déclin de l'affection ourlienne, alors que tous les symptômes s'étaient amendés, que l'angine et la parotidite avaient disparu.

3° Des prodromes (épistaxis, céphalalgie), courbatures ont précédé les symptômes (angine et parotidite) ; des douleurs musculaires ont existé presque dès le début.

4° Il y a eu de la fièvre, de l'élévation de température, de l'albumine dans les urines.

5° Les deux bourses séreuses rétro-olécrâniennes droite

et gauche ont été atteintes simultanément ; celle qui a été la plus touchée c'est la bourse séreuse rétro-olécrânienne droite sur laquelle le malade a l'habitude de s'appuyer de préférence.

6° Le symptôme dominant a été la *douleur*, bien limitée à la superficie de la bourse séreuse rétro-olécrânienne ; le *gonflement* a été peu considérable, la *fluctuation* a été nulle, la *chaleur* locale peu augmentée.

7° La bourse séreuse rétro-olécrânienne seule était atteinte : l'articulation sous-jacente (huméro-cubitale), les articulations voisines, les articulations éloignées, les autres bourses séreuses sont demeurées indemnes.

8° La bursite rétro-olécrânienne a duré 3 jours.

9° La marche de cette bursite n'a pas été exactement celle que l'on attribue d'ordinaire aux fluxions et métastases compliquant les oreillons : Brusquerie de l'apparition, formation très rapide, disparition tout aussi subite (1).

Dans notre observation, la bursite a eu une marche ascendante, puis stationnaire, et enfin descendante (période de début, d'état et de déclin) (2).

10° La bursite a disparu sans laisser après elle ni lésions ni traces persistantes.

1. Paul Fabre. *Notes sur trois épidémies d'oreillons observées à Commeny*. In *gaz. méd.* Paris, 19 novembre 1887, p. 558.

2. Elle n'a pas davantage procédé par poussées successives, allure que de Lapersonne considère comme fréquente dans les manifestations articulaires ourliennes (Th. agrég., 1886, p. 11).

F. — BURSITE PNEUMOCOCCIQUE.

Fournez (1839), Andral (1850), Duval (1854), Bouley, Bourcy (1883) ont signalé chez l'homme et le cheval la suppuration des diverses bourses séreuses dans le cours de la pneumonie (1).

Cependant, dans aucune des observations de ces auteurs, il n'est mentionné de suppuration de la bourse séreuse rétro-olécrânienne.

On sait maintenant que la pneumonie n'est pas seulement une inflammation du parenchyme pulmonaire, comme le pensait Grisolle (1), mais qu'elle est une localisation sur le poumon du pneumocoque. On n'est donc plus étonné de voir, au cours de la maladie, le pneumocoque se localiser sur des séreuses par exemple.

Le pneumocoque charrié par le sang peut donner lieu à des méningites, des endocardites, des péricardiques, des pleurésies, des otites, des arthrites; on le rencontre en grande quantité dans le sang, la rate, le placenta, l'embryon, le péritoine, les cornes utérines, dans les ganglions mésentériques. Pourquoi ne le rencontrerait-on pas dans les bourses séreuses? Pourquoi ne donnerait-il pas lieu à une bursite rétro-olécrânienne? Mais il est important de se souvenir que le pneumonique du fait de son exsudat pulmonaire est en imminence d'infections

1. Fournez. *Gaz. méd.* Paris, 1839, p. 311-312. — Andral. *Gaz. méd.* Paris, 1850, p. 599. — Duval, Bouley. *Gaz. hôp.*, 1854, p. 250. Bourcy. *Th.* Paris, 1883, p. 103.

2. Grisolle. *Traité de la pneumonie*, 1864.

secondaires. Le pneumocoque une fois son action épuisée laisse la porte ouverte à d'autres infections. M. Netter dans une pneumonie suppurée a trouvé deux micro-organismes distincts ; dans les parties en « *hépatisation rouge c'était le pneumocoque* » ; dans les parties en « *hépatisation grise c'était le streptococcus aureus*. »

Il pourrait donc arriver que la suppuration de la bourse séreuse rétro-olécrânienne, au cours d'une pneumonie, soit dû, ou à l'un ou à l'autre de ces deux micro-organismes.

Le professeur Jaccoud a insisté sur ces infections secondaires.

Il peut aussi arriver que dans une pneumonie il se produise une infection purulente : la bourse séreuse rétro-olécrânienne pourra suppurer encore dans ce cas.

Netter cite comme causes aptes à rendre la pneumonie plus infectieuse la grossesse, la grippe, l'alcoolisme, les chagrins ; comme cause locale, les traumatismes.

On ne pourrait songer à la pyohémie, dans le cas de bursite rétro-olécrânienne suppurée, au cours d'une pneumonie, que si le sujet était atteint de manifestations purulentes nombreuses, arthrites, abcès multiples, endocardites, poumons à l'état d'hépatisation grise.

D'ailleurs, si la suppuration est due au pneumocoque, cette bursite rétro-olécrânienne apparaîtra à une époque plus précocé ; enfin, dans la pyohémie consécutive à la pneumonie ; les symptômes sont autrement graves, la mort est la règle.

Comment se fait la localisation de la maladie ? Par le sang du malade qui transporte l'agent infectieux. Mais,

la présence du pneumocoque dans le sang des vaisseaux n'est pas suffisante. Il faut créer l'opportunité morbide. *Netter* l'a fait expérimentalement chez les animaux.

Chez l'homme l'état pathologique antérieur de la bourse séreuse rétro-olécrânienne, contusions répétées, alcoolisme, etc... au moment où la pneumonie se montre, suffit pour rendre la pneumonie infectieuse, indiquer la localisation, le point « *minoris resistentiæ* ». En résumé : pneumonie, passage dans le sang par une des causes précitées du pneumocoque puisé dans le poumon, localisation à la bourse séreuse rétro-olécrânienne, telle est la marche de la maladie.

OBSERVATION XXII (1) (inérite).

Huart, Georges, 26 ans, colporteur, entre le 26 novembre 1891, à l'hôpital Lariboisière, salle Rabelais, lit n. 5.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique, mort d'accident.

Mère morte de tuberculose pulmonaire à 34 ans.

Antécédents collatéraux. — Nuls.

Antécédents personnels. — Le sujet n'a jamais fait aucune maladie.

Dès l'âge de 15 ans, il boit de deux à trois litres de vin par jour, et plusieurs petits verres d'alcool.

Colporteur depuis l'âge de 18 ans, il travaille tous les jours et se grise trois ou quatre fois par semaine.

Il boit beaucoup d'absinthe depuis un an.

1. Nous devons cette intéressante observation à notre excellent ami A. Crochet, externe du service.

21 novembre. — Le malade se grise.

22. — Le lendemain, en se levant, le malade ne peut se tenir debout, à cause d'un point de côté extrêmement douloureux, situé à droite au-dessous du mamelon ; frisson violent qui, commencé à 8 heures, finit à 8 h. 1/2.

24 novembre. — Le point de côté persiste ; premiers crachats rouillés, visqueux, adhérents.

26. — Entre dans le service de M. le professeur Bouchard. Délire qui a commencé dans la nuit ; agitation.

Appareil respiratoire.

En avant	à droite	{ percussion auscultation	{ Rien d'anor- mal.
	à gauche	{ percussion auscultation	{ Rien d'anor- mal.
En arrière	à droite	{ percussion. auscultation	{ matité com- plète à la base. Souffle intense râles crépitants nombreux jus- qu'au 1/3 supé- rieur du poulm.
	à gauche. — Rien d'anormal.		

Appareil circulatoire. — Pouls 100.

Cœur régulier : pas de souffle ; il bat dans le cinquième espace intercostal.

Appareil digestif. — Langue sèche, non rôtie, blanche, diarrhée assez abondante.

Foie normal, mais douloureux à la percussion. Rate normale.

Système nerveux. — Le malade a des cauchemars, des rêves de métier, des crampes dans les mollets ; pas de tremblements, mais des pituites le matin.

Organes urinaires. — Chancre infectant en 1884, soigné à l'hôpital du Midi ; la cicatrice persiste au lieu d'élection ; repli balano-préputial.

Urines.

Albumine.	Traces abondantes.
Sucre.	0.
Peptones.	0.

Température 39°.

27. — Le délire a disparu. T. 40°. A la face postérieure de l'olécrâne des deux coudes une petite tumeur ovoïde, à peau normale, mais rouge, se manifeste.

28. — La pneumonie suit son cours.

Température 39°.

L'albumine est moins abondante dans les urines.

Les coudes sont légèrement douloureux.

On constate l'existence d'un hygroma rétro-olécrânien, bien déterminé, de chaque côté.

29 novembre. — Température 36°,9.

On incise les deux bourses rétro-olécrâniennes : issue de pus fluide. Pansement humide.

Examen bactériologique : le pneumocoque est isolé et cultivé.

30 novembre. — Les hygromas sont en voie de guérison. Température 37°,6.

Il n'existe plus d'albumine dans les urines. Le malade demande à manger et va bien.

8 décembre. — Le malade part, guéri de sa pneumonie, fort amaigri.

Les hygromas sont guéris, la cicatrisation des incisions est faite. Le malade conserve un pansement sec ; pas d'arthrite. Les mouvements du coude sont aisés.

Le malade n'éprouve de la douleur qu'à la suite d'une forte pression sur l'olécrâne.

Dans cette observation nous voyons le cas d'une pneumonie, aiguë, franche, nettement caractérisée.

L'agitation et le délire du malade sont dus en grande partie à l'alcoolisme. Le quatrième jour de la maladie il se produit deux foyers de suppuration. C'est encore l'alcoolisme qui est intervenu ici pour donner à la pneumonie un caractère infectieux (Netter).

Nous remarquons que la suppuration se produit dans deux points symétriques, et qu'elle se limite aux bourses séreuses rétro-olécrânienne. Pourquoi cette localisation ?

Il n'y a à invoquer ni traumatisme professionnel ni traumatisme accidentel ancien ou récent. Sans doute le frottement des coudes sur les draps du lit, au cours de l'agitation du malade, a suffi pour désigner à la pneumonie un « *locus minoris resistentiæ* ».

Il n'y a pas ici à songer à la pyohémie : aucun autre organe n'a suppuré.

Il y a eu de l'albumine dans les urines, mais l'ensemble des symptômes n'a pas présenté de gravité : or, dans la pyohémie consécutive à la pneumonie la mort est la règle.

Avons-nous ici une suppuration due à une de ces infections secondaires sur lesquelles a tant insisté le professeur Jaccoud ?

Non, car ces infections secondaires se produisent surtout dans les cas d'hépatisation grise : dans le cas présent cette forme de la pneumonie ne s'est pas présentée.

De plus le pneumocoque est signalé dans le pus des bourses séreuses rétro-olécrâniennes.

Il est vrai que cette suppuration pourrait être mixte,

et d'autres micro-organismes auraient pu s'associer au pneumocoque. L'observation est incomplète à ce point de vue : elle signale la présence du pneumocoque, sans dire explicitement s'il existait seul ou accompagné d'autres microbes.

G. — BURSITE TYPHOÏDE.

On sait que dans le courant de la fièvre typhoïde, ou à son déclin, ou encore au cours de la convalescence de cette maladie, il se produit parfois des suppurations dans divers points du corps, particulièrement dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Cette suppuration se produit souvent aussi dans les bourses séreuses synoviales, tendineuses, sous-cutanées.

On trouve quelque cas assez rares, disséminés dans la littérature médicale, où cette suppuration s'est produite dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne.

Castelneau et Ducrest (1), signalent dans une observation de fièvre typhoïde, une fluctuation au niveau de cette région, fluctuation absolument superficielle, « *ne paraissant avoir aucun rapport avec l'articulation.* » Cet épanchement disparut peu à peu et la collection ne s'ouvrit pas.

Le Dr A. Robin (2), publie en 1881, une observation de fièvre typhoïde au cours de laquelle il se produisit, entre autres manifestations purulentes, *un gonflement avec rou-*

1. Castelneau et Ducrest. *Mém. Acad. méd.*, 1864. T. II.

2. A. Robin. *Gaz. méd.* Paris, 1881, n. 40, p. 559 et suiv.

geur, douleur, au niveau de la bourse séreuse rétro-olécrânienne, mais sans que l'articulation fut atteinte, et sans que les mouvements du coude fussent douloureux. Puis, le gonflement de la bourse séreuse rétro-olécrânienne s'ulcéra spontanément et donna issue à une grande quantité de pus séreux, jaune, mal lié. »

A l'autopsie, on trouva du pus dans les bourses séreuses rétro-olécrâniennes des coudes droit et gauche.

Nous avons eu également l'occasion d'observer un cas de suppuration des deux bourses séreuses rétro-olécrâniennes dans le cours d'une fièvre typhoïde, mais sans qu'il se soit produit aucune autre manifestation purulente dans d'autres organes.

A quoi sont dues ces suppurations ?

Dans le cours de la fièvre typhoïde, il peut se produire une infection purulente, mais alors, un grand nombre d'organes deviennent le siège de suppuration, les symptômes généraux sont très graves, et la mort survient habituellement.

Il peut aussi survenir une infection secondaire, alors que l'organisme épuisé par la maladie, donne une prise facile aux divers microbes de la suppuration.

Mais, on a reconnu que le bacille typhique peut avoir une action pyogénique.

« Le bacille typhique, outre la classique dothiéntérie, peut déterminer les affections les plus diverses, en lésant des organes qu'on ne voit atteints qu'accidentellement (Gasser) (1). »

1. Gasser. Th. doct. Paris, 1890. Nombre d'auteurs ont constaté cette action pyogénique. — Hanot (1881. *Arch. méd.*) signale dans

OBSERVATION XXIII (inédite).

Meunier, Marie, 17 ans, fabricante de perruques de poupées.

Antécédents personnels. — N'a jamais fait aucune maladie.

Réglée à 14 ans.

Antécédents héréditaires. — Parents vivants et bien portants.

Entre le 4 novembre 1889 à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service du Dr Gingeot.

Depuis une huitaine de jours la malade se plaignait de lassitude, de douleurs musculaires, d'inappétence, de vertiges.

Il y a deux jours elle a ressenti quelques frissons, de la céphalalgie violente, des douleurs à la nuque, des bourdonnements d'oreilles qui augmentent quand elle s'assied dans son lit.

Hier elle a eu des épistaxis peu abondantes.

Etat actuel. — La langue est pâteuse, l'anorexie complète, la malade se trouve dans un état de prostration assez marquée. Quelques râles sibilants de congestion bronchique, disséminés.

T. m. 38°,8.

5, 6, 7, 8 novembre. — La fièvre est subcontinue. La tempé-

des pustules un nombre considérable de ces microbes. — Rendu (*France médicale*, 1885) les trouve dans une pleurésie et attribue le premier un pouvoir pyogénique au bacille d'Eberth. — Fraenkel (*La semaine médicale*, 27 avril 1887) le rencontre dans une tumeur abdominale et conclue que le bacille d'Eberth peut produire du pus. — Roux et Vinay (*Province médicale*, 1888). Ebermaier (*Deutsche Archiv. et Klin. m. d.*, 1888, p. 140). — Achalme (*Soc. biol.*, 21 juin 1890). — Gilbert et Girode (*Soc. biol.*, 27 déc. 1890). — Raymond. (*Soc. méd. hop.*, 20 fév. 1890). — Panas (V^e Congrès chir., 30 mars 1891. — Péan et Cornil (*Bull. acad. méd.* Paris, 14 avril 1891. — Gasser, arrivent aux mêmes conclusions. Il en est de même de Pein. Th. Paris, 1891.

rature du soir est plus élevée que celle du matin, et le 8 novembre atteint 39°,7.

9 novembre. — Taches rosées lenticulaires, sur le ventre et la poitrine. Insomnies, rêvasseries, somnolence, prostration de la malade.

Langue sèche et rôtie. Diarrhée; selles fétides, fréquentes, gargouillements dans la fosse iliaque droite. Urines rares, foncées, traces abondantes d'albumine.

Rate volumineuse. T. s. 39°,8.

10. — Même état. Au coude droit, en arrière de l'olécrâne, une tumeur arrondie, fluctuante, s'est produite; la peau est normale à ce niveau, mais légèrement rouge.

11. — Même état. La tumeur a augmenté et est du volume d'une noix.

12. — Même état général. Au coude gauche, en arrière de l'olécrâne, apparaît une tumeur semblable à la précédente.

13. — Les tumeurs rétro-olécrâniennes sont peu douloureuses, mais la peau rougit; la fluctuation est très manifeste. La malade n'a ni angine, ni hémorroïdes, ses téguments externes et ses muqueuses sont intacts. Elle n'a subi aucun traumatisme. Sa profession ne nécessite aucun frottement des coudes.

14. — La tumeur rétro-olécrânienne droite, menaçant de percer, est ouverte.

Le pus, recueilli avec pureté, est examiné par le professeur Cornil, qui y reconnaît la présence du bacille typhique.

15. — L'albumine a disparu de l'urine.

La tumeur rétro-olécrânienne gauche n'augmente pas de volume. La peau est à peine rosée à ce niveau.

L'incision de la tumeur du côté droit, maintenue sous pansement humide, est en voie de guérison.

21 novembre. — La langue est devenue humide, la malade prend un peu de sommeil.

L'abattement a disparu, la température du matin est de 37°,2 et celle du soir 38°. La tumeur rétro-olécrânienne gauche s'est effacée progressivement. L'incision de la tumeur rétro-olécrânienne droite est cicatrisée.

A partir de ce moment l'amélioration s'accroît. Au 1^{er} novembre, la malade entre en convalescence. Elle est amaigrie, anémiée.

12 décembre. — Exeat.

Le fait saillant de cette observation, c'est la production d'un épanchement purulent dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne droite, et d'un épanchement qui se résorbe, dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne gauche, et cela, non pas dans la convalescence de la fièvre typhoïde, mais dans la période d'état de la dothiéntérie.

La malade n'a cependant subi aucun traumatisme accidentel ou professionnel.

Pourquoi cette localisation du bacille typhique au niveau de la bourse séreuse rétro-olécrânienne ?

La raison de cette localisation n'apparaît pas clairement. On peut admettre que ces bourses séreuses rétro-olécrâniennes avaient subi longtemps auparavant un traumatisme, dont la malade n'avait plus le souvenir, et qui avait fait de la bourse séreuse rétro-olécrânienne un « *locus minoris resistentiæ*. »

H. — BURSITE ÉRYSIPÉLATEUSE.

« On voit assez fréquemment, pendant ou après l'érysipèle, des abcès survenir dans les parties enflammées, surtout si ces parties sont occupées par un tissu cellu-

laire lâche et abondant. Mais les cas dans lesquels on a pu signaler l'existence d'abcès loin des parties envahies par l'inflammation sont sans doute très rares car après de longues et nombreuses recherches il m'a été impossible d'en rencontrer des exemples dans les auteurs (1). »

Ainsi parle M. Landouzy au sujet des abcès survenant dans un point quelconque du tissu cellulaire sous-cutané au cours ou à la suite de l'érysipèle. En restreignant à la bourse séreuse rétro-olécrânienne le champ de nos recherches, nous devons fatalement restreindre aussi notre récolte d'observations.

Cependant nous avons rencontré un auteur qui note parmi les complications de l'érysipèle l'inflammation des bourses séreuses.

Hippolyte Fenestre (2) (1861), déclare que au cours de l'érysipèle il a vu une fois « la bourse séreuse olécrânienne s'enflammer et s'abcéder. » La bourse séreuse prérotulienne lui a fourni un second exemple d'inflammation, mais dans ce cas la résolution se fit.

Mais, si l'inflammation de la bourse séreuse rétro-olécrânienne est assez rare, au cours ou à la suite de l'érysipèle, l'érysipèle serait assez fréquent à la suite des inflammations de cette cavité (1).

1. Landouzy. *Gaz. méd.* Paris, 1839, p. 313.

2. Hippolyte Fenestre. Thèse Paris (1861), n. 78. « *Sur une épidémie d'érysipèle à forme typhoïde observée à l'hôpital Baujon en 1860.* »

3. Coulson (W.). *Medical Times London*, 1850, 1, p. 582.

I. — BURSITE GRIPPALE.

Malgré d'assez nombreuses recherches bibliographiques, il nous a été impossible de trouver plus d'une observation dans laquelle la suppuration de la bourse séreuse rétro-olécrânienne aurait été le siège d'une manifestation morbide (épanchement séreux ou suppuré, inflammation) au cours ou au déclin de la grippe.

Dans sa thèse (1890) sur les manifestations septicémiques ou pyohémiques dans la grippe, S. A. Lehman (1) publie pourtant une observation que le Dr Bloch communiqua à la Société médico-pratique, à la séance du 12 mai 1890, observation dans laquelle on voit un homme, de 31 ans, de constitution vigoureuse, sans aucun antécédent morbide, héréditaire ou acquis, n'ayant fait aucune maladie grave jusqu'ici, atteint de grippe, à la suite d'une nuit passée auprès d'une parente frappée par la même maladie.

Il est pris d'angine, de courbature, d'abattement, d'inappétence, de gonflement du testicule gauche, de douleur à l'épaule droite, au genou gauche.

Les professeurs-agrégés Hanot et Ballet diagnostiquent un pseudo-rhumatisme infectieux d'origine grippale. Puis les diverses manifestations articulaires disparaissent.

« Le 2 avril. — Je remarquai, dit le Dr Bloch, *sur la région olécrânienne gauche, une rougeur diffuse, occupant la*

1. S. A. Lehman. Th. Paris (1890). *Manifestat. septicém. et pyohém. dans la grippe.*

partie postérieure du coude. Cette rougeur ne s'accompagne d'aucune douleur ni de gonflement articulaire. »

Du 4 au 7. — Même état.

« Le 8. — Au niveau de l'olécrâne je constatai au lieu d'une tuméfaction, une fluctuation se manifester, et, je jugeai utile de donner immédiatement issue au liquide.

Par l'incision que je fis, il sortit du pus, couleur chocolat, sans odeur ; en outre, il y eut élimination de lambeaux de tissu cellulaire nécrosé. »

Du 10 au 12. — L'état s'aggrave.

Dans la nuit du 12 au 13. — Mort.

HYGIÈNE PROFESSIONNELLE

Voici les professions dans lesquelles un frottement continu du coude, ou des heurts fréquents, amènent souvent des lésions chroniques de la bourse séreuse rétro-olécrânienne (1).

I. — *Ecoliers et savants.* — La bursite rétro-olécrânienne chronique est si fréquente dans cette partie de la population appelée par Villon « *peuple escolier* » que cette affection pourrait s'appeler « *maladie des ecoliers* » à aussi bon droit que la bursite prérotulienne est appelée « *genou des servantes.* »

Remarque intéressante, c'est presque toujours le coude gauche qui est lésé. Nous avons eu l'occasion de le constater chez un jeune collégien.

Un de nos respectés maîtres, chirurgien éminent des hôpitaux de Paris, est porteur d'une bursite rétro-olécrâ-

1. Les lésions chroniques peuvent à un moment donné se transformer en affections subaiguës ou même aiguës. D'une façon générale cependant les bursites professionnelles sont chroniques, mais elles deviennent assez facilement aiguës sous l'influence d'un choc, d'une pression relativement faible, incapable d'apporter aucun trouble dans une bourse séreuse saine. De plus, on sait qu'une bursite chronique, qu'elle soit séreuse ou hématique, suppure très facilement sous l'action d'une cause interne.

nienne chronique gauche, dont il a bien voulu nous expliquer l'origine.

Dans les longues heures d'étude, le tronc, fatigué de demeurer droit, s'incline en avant; la main droite prend des notes, le front se penche sur le livre; la main gauche le soutient; le poids de la tête et de la partie supérieure du corps repose ainsi sur l'olécrâne gauche.

Celui-ci sert à la fois de support dans l'immobilité et de pivot dans les mouvements d'avant en arrière et de droite à gauche: d'où pression continuelle, mouvements d'oscillation, frottements incessants, amenant une irritation chronique des parois de la bourse séreuse rétro-olécrânienne.

Nous avons pu observer également une bursite séreuse rétro-olécrânienne chronique gauche, chez un de nos amis, élève à l'Ecole polytechnique. Il nous a affirmé n'être pas à l'Ecole, le seul porteur de ce stigmate professionnel.

II. — *Employés de bureaux.* — Les mêmes causes amenant les mêmes effets, la bursite rétro-olécrânienne gauche est aussi très fréquente chez les employés de bureau.

Nous en trouvons deux beaux exemples dans l'observation n° IV (*Castex*) et dans une observation de *Lamourdedieu* (1).

III. — *Dessinateurs, élèves architectes, écrivains.* — Les sujets appartenant à ces diverses professions sont fréquemment atteints de bursite rétro-olécrânienne chronique. M. Bertillon, l'éminent directeur du service anthro-

1. L'amourdedieu. Th. Montpellier, 1868, p. 38.

pométrique, a bien voulu mettre à notre disposition des albums de photographies prises par lui.

Nous avons pu y voir que fréquemment les individus qui pratiquent ces divers métiers portent à la région postérieure du coude, ou des coudes, une tumeur occupant exactement le siège de la bourse séreuse rétro-olécrânienne, et rappelant parfaitement par sa forme et son volume la grosseur produite par un épanchement dans cette cavité.

IV. — *Penseurs, philosophes, religieuses.* — A côté de cette bursite des travailleurs il existe ce que nous pourrions appeler la « bursite des *contemplateurs*. »

Pingaud (1) considère comme particulièrement sujets à la bursite rétro-olécrânienne les philosophes (2), les penseurs (?). Il est évident que tout individu, philosophe ou non, qui s'appuie sur les coudes, que ce soit pour réfléchir, méditer, prier, étudier, se place dans d'excellentes conditions pour acquérir une affection chronique de la bourse séreuse rétro-olécrânienne.

D'après Max Vernois (3), les religieuses, surtout celles des couvents cloîtrés, portent des callosités cubitales.

L'habitude constante de méditer et de faire oraisons, pendant de longues heures, accoudées sur un prie-Dieu, crée nécessairement chez elles des lésions des bourses

1. Pingaud. *Dict. des sciences médicales*, 1^{re} série, n. 21. Art. *Coude* (pathologie).

2. Il faudrait en excepter sans doute les philosophes de l'école des péripathéticiens.

3. Max Vernois. *De la main des artisans*.

séreuses rétro-olécrâniennes (comme aussi des bourses séreuses prérotuliennes).

Mais il n'est pas nécessaire d'être un profond penseur, ni un philosophe, ni une religieuse, pour acquérir cette bursite chronique (1).

M. Vassilière nous donne un exemple de ce genre de lésion chez un sapeur de son régiment, militaire d'humeur contemplative aussi à ses heures (2).

V. — *Chauffeurs et mécaniciens de chemin de fer.* — Les mécaniciens et chauffeurs de chemin de fer sont fréquemment porteurs de bursite rétro-olécrânienne. Ces agents obligés de se tenir debout, pendant la marche des trains, s'appuyent fréquemment sur le coude pour se délasser, et le frottement répété finit par amener l'inflammation de la bourse séreuse rétro-olécrânienne (3).

Les mécaniciens et chauffeurs à bord des navires seraient peut-être sujets également, et pour le même motif, à des lésions analogues (4).

VI. — *Corroyeurs.* — Ces ouvriers ont toujours une bourse séreuse rétro-olécrânienne fort développée, soit à droite, soit à gauche, selon le bras dont ils se servent en travaillant (5).

1. Chez les religieuses la bursite serait double ; chez les autres « contemplateurs », elle siègerait particulièrement à gauche.

2. Vassilière. *Recueil mémoires méd. chir. milit.*, 1891, p. 130.

3. Fleury. *Loire Médicale*, 1891, pages 161 et suivantes, n. 91326.
— Geoghegan. *Dublin médical press.*, 1846, XV, p. 228.

4. Une observation de Gouzer (Th. Paris 1884) nous montre un hygroma chez un mécanicien à bord de la *Dévastation*.

5. Max Vernois. *De la main des ouvriers et des artisans. In his. Mémoires*, 1840-1842, 1 vol., p. 23.

Cette bourse séreuse rétro-olécrânienne devient souvent le siège d'une bursite chronique (Obs. n. VIII, Péan) (1).

La cause de cette maladie est le frottement que subit le coude sur le cuir, lorsque le corroyeur manœuvre la « roulette », instrument servant à assouplir les cuirs, à leur donner le poli et le luisant ; ou bien encore lorsqu'il fait mouvoir un lourd morceau de bois en forme de rabot, appelé « marguerite » (2).

Les corroyeurs dits « à façon » échapperaient à ces accidents (Max Vernois).

VII. — *Ouvriers des mines.* — Max Vernois constate que les « houilleurs » ont une bourse séreuse fort développée « au devant de l'olécrâne », qu'ils ont, « ouvriers à la veine et chargeurs à la taille » des abcès sous-cutanés du coude, causés par la pression des coudes sur les parois des galeries, à la suite de travail sur le côté, le dos ou le ventre.

Ces lésions de la bourse séreuse rétro-olécrânienne ont été remarquées tout d'abord en Angleterre, pays de mines par excellence, par les médecins des districts miniers, qui donnèrent à cette affection le nom de « coude des mineurs » (miner's elbow.) (4).

Voici une nouvelle preuve de l'existence de cette bursite professionnelle :

« A la page 191 du premier rapport des commissaires

1. Péan. *Lég. clin. chir.*, 1890, p. 490.

2. Patissier. *Traité des maladies des artisans*, p. 144, 145.

3. Max Vernois. *Loco citato*, p. 29.

4. E. Gurney. *Lancet*. London, 1841-1842, p. 272.

enquêteurs pour le travail dans les mines, présenté en 1841 à la Chambre des Communes, on remarque le passage suivant : (Ed. L.).

« 790. — La sous-commission de Forest of Dean donne la description suivante d'une douloureuse affection des jointures commune dans ce district :

Les hommes employés à extirper le charbon, au fond de la mine, sont sujets à l'inflammation des bourses muqueuses des genoux et des coules, à cause de la pression constante et du frottement de ces jointures dans les positions qu'ils prennent pour travailler.

En ce district les veines de charbon n'ont que quelques pieds de haut ; les mineurs commencent par s'agenouiller pour découper la portion extérieure de la base d'un bloc. Ils continuent, en le minant par dessous, jusqu'à ce qu'ils soient obligés de se coucher sur le côté, de manière à pouvoir travailler sous la masse, aussi loin que le bras peut porter le pic, dans le but de détacher un bon bloc de houille.

Dans cette dernière posture le coude forme pivot, s'appuyant au sol, sur lequel le bras de l'ouvrier oscille à chaque fois qu'il manœuvre son pic pointu. Il est facile de comprendre comment cette manœuvre, combinée avec la pression, peut affecter la délicate membrane celluleuse de la bourse séreuse, et produire la maladie dont nous parlons.

Les petites veines de charbon sont nécessairement, du commencement à la fin, extirpées dans cette position horizontale » (1).

1. E. Wanning. Report § 63.

Le rapporteur pour le district de Halifax constata également que les ouvriers devaient travailler couchés étendus de tout leur long sur le sol raboteux (1).

Le Dr Geoghegan (2) ayant à parler de l'origine d'un épanchement dans une bourse séreuse rétro-olécrânienne chez un malade la désigne sous le nom de « *coude des mineurs* » et lui assigne une cause analogue.

Cette dénomination de « *miner's elbow* » est bientôt adoptée par tous les chirurgiens anglais pour désigner la bursite rétro-olécrânienne (3).

Cette curieuse affection des mineurs attire l'attention des autres pays (Belgique, France) (4).

H. Boëns-Boisseau a observé des faits de ce genre et en donne la description. (5) « Les positions insolites dans lesquelles ils travaillent (l'ouvrier à la veine et le chargeur à la taille) ne peuvent manquer d'occasionner fréquemment la naissance de diverses affections... des tissus cellulo-adipeux ». « Des abcès sous-cutanés et sous-aponévrotiques du coude... sont des maladies communes chez ces artisans ». Il donne aussi comme causes la pression plus ou moins continue du corps sur les coudes, les frottements et les chocs que ces parties supportent. De là

1. J. L. Kennedy. *Report*, § 122.

2. Geoghegan. *Dublin medical presse*, 1846, XV, p. 228.

3. Coulson. *Subcutaneous bursæ*, *medical Times*, 1850, I, p. 581.

4. Ducpetiaux, inspect. des prisons de Belgique. *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1^{re} série, t. XXIX, p. 241. — Riem-bault. *Hygiène des ouvriers mineurs*. Paris, 1861, p. 11 et 14.

5. Boëns-Boisseau. *Traité des maladies des houilleurs*, 1862, p. 10, 39, 133.

des épanchements sanguins sous-cutanés, avec irritation du tissu cellulaire circonvoisin.

« La peau à la région du coude devient dure par l'épaississement du tissu cellulaire sous-cutané. Quelquefois un épanchement sanguin s'y développe vite et est suivi d'un abcès sous-cutané de courte durée. Mais, le plus souvent, on remarque un épanchement, peu sensible d'abord, qui augmente lentement ; la peau est soulevée, tendue ; la région du coude s'arrondit ; on y sent une résistance, une fluctuation particulière, comme si un *corps gras très dense* se trouvait sous la peau. La douleur est sourde, rarement pénible ».

Boëns-Boisseau décrit également un phlegmon du bras, qui survint à la suite de la suppuration d'un semblable épanchement.

Il semble donc que cet auteur a connu des épanchements séreux, des épanchements sanguins et des suppurations avec ou sans phlegmon, dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne. Mais il ne paraît pas se douter qu'il existe en arrière de l'olécrâne une bourse séreuse, bien qu'il donne une description fort exacte de plusieurs variétés de bursite.

Michel Lévy (1) constate également ces diverses lésions chez les mineurs « *employés à la taille* ».

VIII. — *Carriers*. — Les carriers sont sujets à la même affection et pour des motifs analogues.

Chassaignac (2) a observé l'existence des lésions de la

1. Michel Lévy. *Traité d'hygiène*, 6^e édition, 2^e vol., 1879, p. 918.

2. Chassaignac. *Traité de la suppuration*, p. 544 et suiv.

bourse séreuse rétro-olécrânienne chez ces ouvriers, et en cite deux cas, expliquant que ces malheureux pour extraire les blocs de pierre, s'étendent sur le côté, dans une attitude telle que le coude appuie et oscille sur le sol, servant de pivot, pendant qu'ils dirigent leurs outils contre la pierre qu'ils veulent enlever.

Pingaud (1) constate aussi que « les carriers qui extraient la pierre couchés sur le flanc sont très sujets à l'hygroma de la bourse séreuse rétro-olécrânienne ».

IX. — *Bijoutiers-graveurs* (2). — Ils portent un durillon à chaque coude. Ces durillons sont dûs à la pression des coudes sur la table où ils sont accotés constamment, le corps penché en avant sur l'ouvrage.

Cette attitude produit fréquemment chez eux des inflammations chroniques de la bourse séreuse rétro-olécrânienne.

X. — *Bijoutiers-guillocheurs*. — Ils ont une callosité au coude droit seulement (3). La main gauche met en jeu la manivelle qui fait tourner la pièce à guillocher. La main droite pousse le burin ; le coude droit presse sur la table de travail. Le durillon est moins marqué chez les ouvriers qui se servent d'un coussin protecteur. Dans cette profession la bursite rétro-olécrânienne droite est commune.

X. — *Maçons*. — Les maçons, lorsqu'ils taillent la

1. Pingaud. *Dict. des sciences médicales*, 1^{re} série, n. 21. Art. *Coude*.

2. Max Vernois. *Loco citato*, p. 14.

3. *Id.*

pierre, appuient presque tous et d'une façon constante leur coude gauche sur le bloc à façonner. La main droite tient le marteau et la gauche le ciseau; lorsque le bras gauche est fatigué, le maçon prend l'habitude de le délasser en reposant le coude sur le plan dur et rugueux de la pierre qu'il taille. Il en résulte une contusion continue du coude; d'autant plus que le bras gauche est toujours en mouvement pour guider le ciseau: à la pression s'ajoute le frottement, le glissement. D'où, lésions de la bourse séreuse rétro-olécrânienne. Un certain nombre de maçons, afin d'éviter cet accident, placent sous leur coude gauche un coussin protecteur. Malgré cela ils n'évitent pas toujours la bursite rétro-olécrânienne.

Nous avons eu l'occasion d'observer un bel exemple de cette bursite professionnelle (Obs. V).

Nous avons relevé un cas de bursite rétro-olécrânienne chez un maçon, dans une observation publiée par Bielkiewicz (1) et un autre cas analogue dû à M. Lejars (2).

XI. — *Matelots*. — Les lésions des bourses séreuses rétro-olécrâniennes sont fréquentes chez les matelots. Leur profession les expose sans cesse aux contusions et aux froissements qui déterminent les bursites.

1. Bielkiewicz. *Loco citato*.

2. Lejars. *Revue de la tuberculose*, n. 1, 1893, p. 38. Ni l'un ni l'autre de ces auteurs ne font d'ailleurs ressortir l'influence de cette profession sur la production de la lésion de la bourse séreuse rétro-olécrânienne. La même lésion se produirait pour la même cause chez les *marbriers-sculpteurs* et chez les *meuniers, rhabilleurs de meules* (Richard)

Tel est le résultat des constatations de Jules Roux (1).

L. Cabissol (2) déclare également que « l'hygroma du coude est fréquent chez les matelots, bien que moins fréquent que celui du genou. »

Gouzer (3) cite aussi des cas d'affections de la bourse séreuse rétro-olécrânienne chez les matelots.

Besnard (4) déclare de même que les marins sont fort sujets aux maladies de la bourse séreuse rétro-olécrânienne.

« Ainsi, à l'hôpital maritime de Brest, il existe une quantité très considérable d'observations de cette affection, dans les Salles de clinique chirurgicale, principalement à la salle 15, salle des mousses de l'Austerlitz. »

Il existe un certain nombre d'autres professions dans lesquelles les lésions de la bourse séreuse rétro-olécrânienne se produisent fréquemment, non pas que ces métiers nécessitent d'une façon spéciale un frottement professionnel du coude, à proprement parler ; mais ces professions exposent à des contusions nombreuses, chroniques, dans les diverses parties du corps. Comme le coude est une des régions les plus exposées aux traumatismes il en résulte que dans les métiers aux heurts fréquents et nombreux, la bourse séreuse rétro-olécrânienne est atteinte très souvent.

1. J. Roux. *Chirurg. de la marine*, au port de Toulon. In *Gaz. méd.* Paris, 1841, p. 25.

2. Cabissol. *Chirurg. de 1^{re} classe de la marine*. *Bull. génér. thérapeut.*, etc Paris, 1844, XIV, p. 94.

3. Gouzer. Thèse Paris, 1885.

4. Besnard. Th. Bordeaux, 1887. V. le début de l'introduction.

C'est ainsi que lorsqu'on compulse les diverses observations de maladies de la bourse séreuse rétro-olécrânienne on voit que nombre d'entr'elles surviennent, à titre professionnel, chez des journaliers et des domestiques des deux sexes. Dans ces deux professions les coudes sont en effet bien souvent exposés à de nombreux chocs. La bursite dans ces cas est plus souvent aiguë que chronique (1).

Les maladies du coude et de la bourse séreuse rétro-olécrânienne en particulier seraient aussi très communes chez les *écuyers* et *écuyères* de cirque, à cause des chutes fréquentes qu'ils ne peuvent éviter.

Le Dr Péan (2) donne une observation de bursite professionnelle chez un *paveur*; une autre observation de bursite rétro-olécrânienne également professionnelle chez un *emballeur*, est signalée par *Paulin* (3); nous mentionnerons que cette affection surviendrait communément chez les *menuisiers* et les *ébénistes*; nous rappellerons que les lésions des bourses séreuses rétro-olécrâniennes se produisent trop souvent chez les personnes clouées au lit pendant de longs mois, de longues années, par une maladie, qui devient chez elles presque une profession; qu'il en est de même chez les *épileptiques*, dont les bourses séreuses rétro-olécrâniennes sont habituellement contusionnées, dans le cours de leurs accès, et principalement dans la chute du début.

1. Péan. *Lec. clin. chir.*, 1890. Observat. p. 491.

2. Péan. *Lec. clin. chir.*, 1892, obs., n. 526.

3. Paulin. Th. Paris, 1878, p. 44.

4. Dr Ch. Ferrand. *Hygroma olécrânien. Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, 1878, p. 253.

Un cas curieux d'hygromas professionnels nous a été rapporté par notre excellent ami le docteur Briend, témoin oculaire du fait. Une vieille femme, des environs de Saint-Brieuc, avait comme moyen d'existence la profession singulière d'*entrepreneuse de pèlerinages pour autrui*. Et, par une sorte de raffinement, elle accomplissait ce pèlerinage, (à une chapelle peu éloignée, d'ailleurs, chapelle de Nazareth, commune de Plancoët), sur les genoux, et les coudes, tenant aux mains un chapelet. Elle devint porteuse de quatre volumineux hygromas, deux aux coudes, et deux aux genoux.

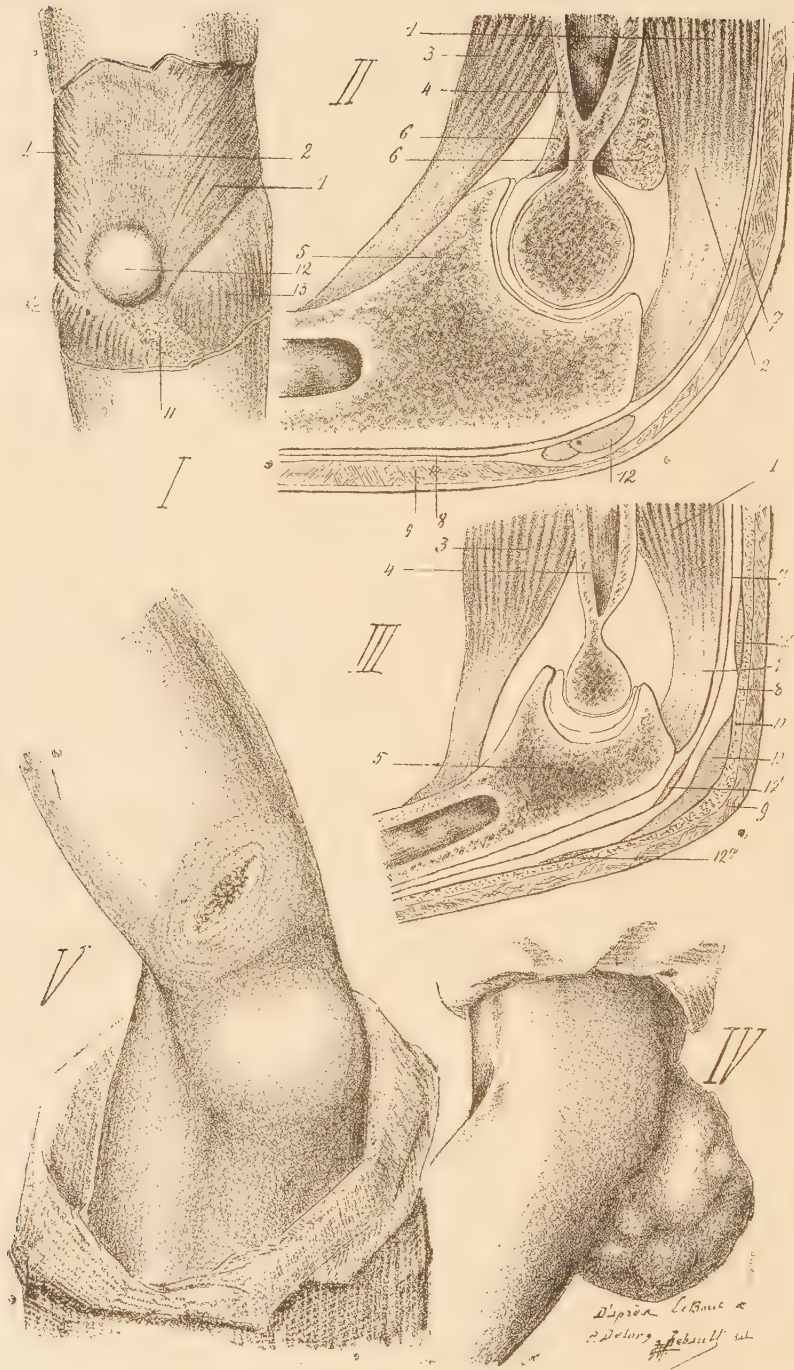


FIG. I. — *Bourse séreuse rétro-olécrânienne sous-cutanée, arrondie, unique, chez une femme.*

- | | |
|---|---|
| 1. Muscle triceps. | condyliens et les muscles épitrachléens. |
| 2. Tendon de ce muscle. | |
| 4. Muscles épicondyliens. | 12. Bourse séreuse rétro-olécrânienne sous-cutanée. |
| 11. Tissu cellulaire occupant l'interstice entre les muscles épi- | 13. Muscles épitrachléens. |

FIG. II. — *Coupe verticale antéro-postérieure du coude passant par le milieu de l'olécrâne (sujet congelé, n° 18, p. 34).*

- | | |
|-------------------------------------|---|
| 1. Muscles triceps brachial | 8. Périoste (se continuant avec l'aponévrose). |
| 2. Tendon de ce muscle. | 9. Tissu cellulaire sous-cutané. |
| 3. Muscle brachial antérieur. | 10. Fascia superficialis. |
| 4. Humérus. | 11. Peau. |
| 5. Cubitus (apoph. coronoïde). | 12. Bourse séreuse rétro-olécrânienne biloculaire à cloison perforée. |
| 6. Petite masse cellulo-graisseuse. | |
| 7. Aponévrose. | |

FIG. III. — *(Demi schématique). Coupe verticale antéro-postérieure du coude passant par le milieu de l'olécrâne.*

- | | |
|-----------------------------------|---|
| 1. Muscles triceps. | 12. Bourse séreuse rétro-olécrânienne sous-cutanée. |
| 2. Tendon du triceps. | 12 ⁱ . Bourse séreuse rétro-olécrânienne sous-aponévrotique. |
| 3. Muscle brachial antérieur. | 12 ⁱⁱⁱ . Bourse séreuse sus-olécrânienne. |
| 4. Humérus. | 12 ^{iv} . Bourse séreuse sous-olécrânienne. |
| 5. Cubitus. | |
| 7. Aponévrose. | |
| 8. Fascia superficialis. | |
| 9. Peau. | |
| 10. Tissu cellulaire sous-cutané. | |

FIG. IV. — *Dépôt d'urate de soude dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne sous-cutanée.*

FIG. V. — *Épanchement séreux, d'origine tuberculeuse dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne sous-cutanée, et productions tuberculeuses dans la bourse séreuse sous-olécrânienne.*

CONCLUSIONS

I. — ANATOMIE

A. — La bourse séreuse rétro-olécrânienne sous-cutanée est *constante*, chez l'adulte. Elle *varie* au point de vue du siège exact, de la forme, du volume, de la superficie occupée, de l'épaisseur des parois, selon l'âge, le sexe, la profession, les habitudes, la constitution des individus, et selon les maladies qu'ils ont pu subir.

B. — Elle peut être uniloculaire, biloculaire, multiloculaire, elle peut n'exister qu'à l'état rudimentaire. Elle est parfois accompagnée de deux grandes lacunes (à ses deux extrémités supérieure et inférieure) suffisamment vastes pour qu'on puisse leur donner le nom de bourses séreuses sus et sous-olécrâniennes.

II. — HISTOLOGIE.

A. -- Une bourse séreuse rétro-olécrânienne sous-cutanée d'adulte, saine et normale, est formée de trois zones, assez distinctes : 1° une zone externe de faisceaux conjonctifs, enchevêtrés, analogues à ceux du tissu cellulaire lâche, mal délimitée du côté externe et se continuant avec les faisceaux conjonctifs du tissu cellulaire

environnant. On y trouve aussi quelques fibres élastiques, et quelques cellules graisseuses.

2° Une zone moyenne, plus dense, à faisceaux conjonctifs plus serrés ; les fibres élastiques et les vésicules graisseuses diminuent.

3° Une zone interne, très dense ; les faisceaux conjonctifs sont tous placés parallèlement entre eux ; il n'existe plus de fibres élastiques ni de vésicules graisseuses.

B. — Il n'existe pas de revêtement interne de la paroi.

III. — EMBRYOLOGIE.

Les mouvements passifs et actifs du fœtus produisent au niveau de la pointe de l'olécrâne des pressions, des frottements, des glissements tels que, dans le tissu cellulaire rétro-olécrânien, il se produit des lacunes, rudiments de la bourse séreuse rétro-olécrânienne, en voie de formation, et que les mouvements de la vie extra-utérine amèneront progressivement à une perfection plus ou moins grande.

IV. — PHYSIOLOGIE.

A. — La bourse séreuse rétro-olécrânienne est très perméable aux liquides, peu perméable au gaz (air atmosphérique, gaz à éclairage).

B. — La bourse séreuse rétro-olécrânienne extirpée

chirurgicalement, ou comblée par formation de bourgeons charnus, ou annihilée par suite d'adhérences de ses parois, peut se régénérer par les mouvements et les frottements du coude.

C. — La bourse séreuse rétro-olécrânienne est tout à la fois un organe de protection et de glissement.

IV. — PATHOLOGIE.

Les affections de la bourse séreuse rétro-olécrânienne peuvent être rangées dans quatre classes :

1° Les affections dues à un traumatisme : plaies, plaies contuses, contusions avec les complications qui en dérivent.

2° Les affections provenant de la propagation d'une inflammation voisine : lymphangite, furoncle.

3° Les affections dues à une diathèse : rhumatisme, goutte, saturnisme, hydrargirisme, scorbut, choléra, etc...

4° Les affections dues à une maladie générale infectieuse, pouvant se manifester localement au niveau de la bourse séreuse rétro-olécrânienne : tuberculose, syphilis, blennorrhagie, oreillons, grippe, pneumonie, fièvre typhoïde.

V. — HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

A. — Parmi les professions pouvant être considérées comme des causes déterminantes, ou prédisposantes des

affections de la bourse séreuse rétro-olécrânienne, les principales sont les suivantes :

Ecoliers, savants, employés de bureau, dessinateurs, élèves-architectes, écrivains, religieuses, chauffeurs et mécaniciens de chemin de fer, corroyeurs, ouvriers-mineurs, carriers, bijoutiers-graveurs, bijoutiers-guillocheurs, maçons, matelots.

B. — En outre, de ces professions où les maladies de la bourse séreuse rétro-olécrânienne sont presque fatales, il en existe d'autres où elles sont assez fréquentes :

Journaliers, domestiques, écuyers et écuyères de cirque, paveurs, emballeurs, menuisiers et ébénistes.

C. — Certaines situations, qui sans être professionnelles, obligent à des frottements ou traumatismes du coude, peuvent aussi produire des lésions de la bourse séreuse rétro-olécrânienne :

Maladies chroniques retenant longtemps les sujets au lit ; épilepsie causant des chutes fréquentes sur les coudes.

Vu : le Président de thèse,
DEBOVE.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD.

